L'ODONTOLOGIE



34e année. Vol. LII — N° 13. 15 JUILLET 1914

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : CH. GODON,
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : MAURICE ROY,
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

34e année. — 2e SEMESTRE 1914. — Vol. LII.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone : Central 23.04*

ABONNEMENT :

FRANCE .... 10 fr. | UNION POSTALE.. .. 12 fr.

Le Numéro : 1 franc.

34e ANNÉE. N° 13. 15 JUILLET 1914 VOL. LII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DU PLAN DE CAMPER ET DE SES RAPPORTS AVEC LE PLAN D'OCCLUSION

Par Louis RUPPE,
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 5 mai 1914.)

Je m'excuse de vous entretenir à nouveau des plans de Camper et de mastication, l'ayant déjà fait à plusieurs reprises ; mais le plan de Camper, qui sert de terme de comparaison dans les schémas que je prends avec mon gnathomètre et qui concourt à déterminer le plan d'occlusion, ayant été discuté au cours de nos séances, j'ai cru qu'il ne serait pas inutile d'en montrer la valeur comme terme de comparaison, en vous apportant les documents bibliographiques qui m'ont décidé à l'adopter, et qui établissent le parallélisme des plans de Camper et de mastication.

Je suivrai ces rapports dans la série animale et serai conduit à penser, après avoir constaté qu'ils sont constants, que la direction du plan de mastication est l'œuvre des forces masticatrices qui le modèlent et que cette direction est constante, parce que la direction de la résultante de ces forces est constante.

Je vous montrerai l'intérêt que peut avoir en orthodontie la surveillance du plan de mastication. Je vous communiquerai quelques rapports du visage découverts par Charles Rochet et vous présenterai un nouvel appareil capable de

déterminer les plans de Camper, de mastication et les rapports des différentes parties du visage.

Je vais vous citer quelques passages d'une communication faite à la Société d'anthropologie, le 2 janvier 1873, par le célèbre anthropologiste P. Broca. Dans cette communication Broca démontre que le plan horizontal de la tête est déterminé par le plan de la vision horizontale et, chemin faisant, il nous donne de précieux renseignements sur les plans qui nous intéressent.

« Quelle que soit la partie du crâne ou de la face que l'on » considère, on trouve qu'elle présente toujours, dans sa disposition et ses dimensions, des oscillations assez étendues » pour rendre les descriptions incertaines et les comparaisons » difficiles. Mais toutes les conditions anatomiques de la tête » ne sont pas également variables. *S'il n'en est aucune qui » soit absolument fixe, quelques-unes du moins nous » montrent une fixité relative; ce sont celles-là qui, logiquement, doivent être étudiées les premières, et » parmi elles on doit choisir celle qu'on juge la plus » constante, pour en faire le terme de comparaison » auquel on rapportera les autres.* Tous les craniologistes ont senti la nécessité de ce point de départ et » se sont demandé quel était le caractère le plus fixe, et » par conséquent le plus essentiel de la tête humaine. Or » les caractères les plus constants sont évidemment ceux » qui se rattachent directement à l'attitude bipède. La tête, » par sa face inférieure, repose sur la colonne vertébrale; » elle prend une direction horizontale lorsque l'homme est » debout et il est naturel de penser que certaines lignes ou » certains plans de la base du crâne en rapport avec cette » attitude doivent présenter plus de fixité que les caractères » morphologiques ordinaires. Les auteurs qui se sont attachés » à donner au crâne une attitude fixe ont donc cherché à » déterminer le plan horizontal de la tête et ceux qui n'ont » pas jugé que cette détermination fût possible ont du moins » choisi pour terme de comparaison un plan rapproché de la » base du crâne, et répondant à la double condition d'être

» peu éloigné de la direction horizontale et d'être peu
» variable en soi ».

Le plan horizontal de Camper (1768).

« Camper, qui s'occupait avant tout de l'homme, et ne
» s'était placé, à l'origine, qu'au point de vue artistique,
» choisit sur la tête humaine, comme point de départ de ses
» comparaisons, le plan qui lui parut le plus voisin de la
» direction horizontale. Tout le monde sait que le plan hori-
» zontal de Camper est celui qui passe par l'épine nasale
» inférieure et par le centre des trous auditifs externes. Ce
» plan avait pour les artistes l'avantage considérable d'être
» facile à reconnaître sur le vivant. *Pour les anthropolo-*
» *gistes, c'est encore le meilleur plan que l'on puisse*
» *adopter en céphalométrie* ».

Le plan de mastication.

Un peu plus loin Broca dit : « J'avais songé d'abord
» à choisir comme plan horizontal de la tête le plan de
» mastication, qui, lorsque la denture est complète et in-
» tacte, est presque toujours très rapproché de la direction
» horizontale. On peut s'en assurer en saisissant une règle
» plate entre les dents, et en se plaçant debout devant
» une glace. On voit alors que la règle est à peu près hori-
» zontale. Ce plan me paraît plus correct que tous ceux
» dont il a été question (plans de Daubenton, de Blumenthal,
» la verticale de Charles Bell, de Busk, la ligne de Baer),
» mais dans la pratique il soulève de sérieuses objections.
» L'usure des dents, quelquefois très considérable, est sou-
» vent irrégulière, de sorte que le plan primitif de masti-
» cation ne peut être retrouvé. Puis il suffit que 2 ou 3
» dents de la mâchoire inférieure tombent pour que les dents
» correspondantes de la mâchoire supérieure s'allongent
» notablement en sortant de leurs alvéoles. »

Dans un autre passage Broca étudie la direction du plan
de mastication sur le vivant : « La tête est horizontale lors-
» que l'homme, debout, regarde l'horizon. C'est la direction
» naturelle du regard. Les yeux étant mobiles peuvent se
» porter de tous côtés sans que la tête bouge, mais leur di-

» rection naturelle est la direction horizontale. C'est celle
» qu'ils prennent lorsque leurs muscles sont au repos. La
» partie de la rétine, qui reçoit les rayons horizontaux, lors-
» que l'homme est debout est la plus sensible. C'est ce que
» prouve l'expérience suivante.

» Placez contre un mur un grand tableau, tracez-y à
» la craie à la hauteur de vos yeux deux longues raies ver-
» ticales distantes de 10 centimètres, coupées de 10 en 10
» centimètres par des raies horizontales. Vous obtenez ainsi
» une série de carrés superposés. Un aide armé d'une ba-
» guette reste auprès du tableau. Vous reculez de 8 à 10
» mètres, vous fermez les yeux, vous donnez à votre tête
» l'attitude naturelle, et alors, ouvrant les yeux, sans
» mouvoir la tête, vous regardez le tableau. Vous aper-
» cevez à la fois tous les carrés, mais les supérieurs et les
» inférieurs sont moins distincts que les intermédiaires,
» et, parmi ces derniers, il y en a que, dans cette attitude,
» vous voyez plus nettement que les autres; fixez-y votre
» regard pendant que l'aide parcourt les carrés avec sa ba-
» guette ; lorsqu'il arrive au carré en question, vous lui dites
» de s'arrêter. Puis, vous approchant du tableau, vous
» constatez que ce carré correspond exactement à la hau-
» teur de vos yeux. Vous y placez un point de mire et
» vous continuez l'expérience : Vous reculez de nouveau de
» 8 ou 10 mètres. Vous saisissez solidement une règle plate
» entre les dents et vous fixez le point de mire. L'aide est
» maintenant à vos côtés et, muni d'un fil à plomb, il con-
» state que la règle est presque horizontale, mais qu'elle ne
» l'est pourtant pas tout à fait et qu'elle est légèrement in-
» clinée en avant. Alors vous fermez les yeux, vous dites à
» l'aide de rendre la règle horizontale, ce qui vous oblige
» à élever un peu la tête. Cette expérience prouve que le
» plan de mastication et le plan de la vision horizontale ne
» sont pas loin d'être parallèles. »

En résumé, d'après Broca, le plan de Camper a toutes les qualités requises pour servir de terme de comparaison.

Il est facile à reconnaître sur le vivant et, au point de vue

artistique, il a toute la valeur que lui a donné Camper, ce qui est très important pour nous, car, lorsque nous confectionnons un dentier ou redressons des dents, nous agissons plutôt en artistes qu'en anthropologistes. Il est à remarquer que le plan de Camper a des rapports très étroits avec le système dentaire ; il est en contact en arrière avec les condyles au niveau des trous auditifs externes, en avant avec la base de l'os incisif ou plancher des fosses nasales et sur les côtés avec l'apex des canines supérieures.

Ces considérations me paraissent suffisantes pour accepter le plan de Camper comme terme de comparaison et déterminer, d'après sa direction, celle du plan de mastication ; puisqu'en effet d'après les chiffres donnés par Broca (voir tableau 1) nous pouvons constater que, dans les moyennes, les maxima, les minima, les plans de Camper et de mastication font avec le plan de la vision horizontale des angles égaux ; les différences que nous constatons sont si minimes que dans notre pratique nous pouvons considérer le plan de mastication comme parallèle à celui de Camper. Ces deux plans gardent en moyenne leurs rapports dans la série animale[1].

EXTRAIT D'UN TABLEAU DE P. BROCA

PLANS	MOYENNES				MAXIMA ET MINIMA					
	Moyenne générale	des Auvergnats	des Mongols	des nègres	AUVERGNATS		MONGOLS		NÈGRES	
					max.	min.	max.	min.	max.	min.
De mastication.	+ 3,85	+ 2,87	+ 7,65	+ 1,04	+ 8,05	— 2,29	+ 14,47	0	+ 9,79	— 5,74
De Camper.....	+ 4,68	+ 3,29	+ 8,84	+ 2,92	+ 9,79	— 4,02	+ 15,66	0	+ 9,21	— 0,57

Quelques angles d'inclinaison que font les plans de Camper et de mastication avec le plan de la vision horizontale considéré comme fixe.

Lorsque l'angle est positif, cela veut dire que le plan en question est incliné en bas et en avant ; lorsqu'il est négatif, cela veut dire que le plan est incliné en haut et en avant.

1. Je considère le plan de mastication dans la série animale formé par toutes les dents à l'exclusion des canines; ces dents prenant, selon les ordres d'animaux, des proportions démesurées, il est impossible de le faire entrer dans un plan de mastication.

J'en fis l'observation lors d'une de mes visites aux galeries d'anatomie comparée du muséum, et je vous avoue avoir été tout surpris de voir ces deux plans conserver leur parallélisme approximatif alors que les plans, angles, indices ne gardent aucun rapport (voir fig. I).

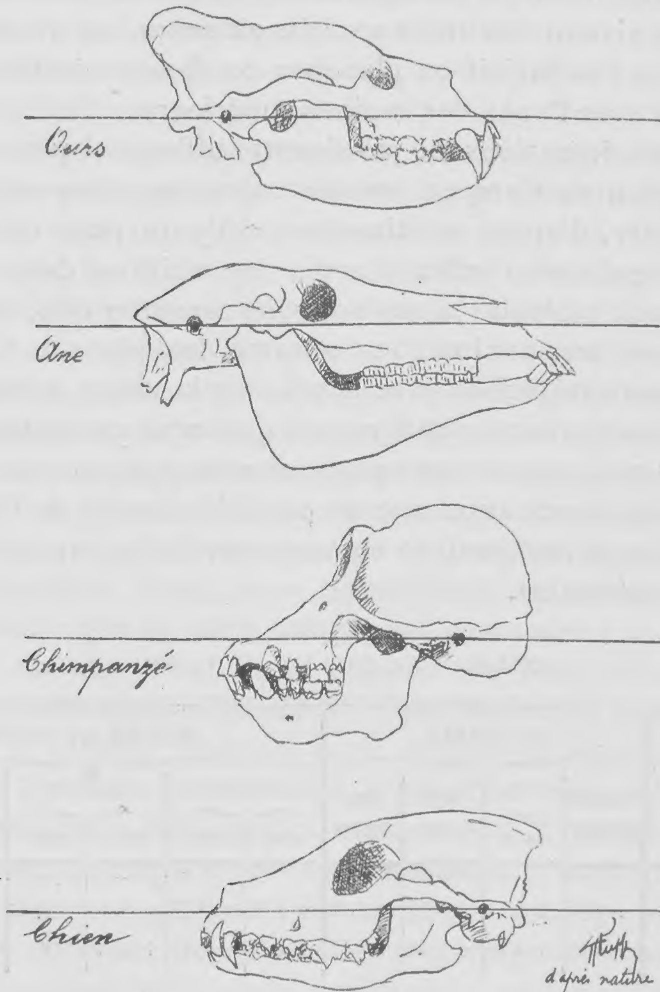


Fig. 1

Cette fixité doit avoir des causes profondes et il me semble qu'on doit les chercher dans les faits suivants d'anatomie comparée. Dans la série animale tous les maxillaires inférieurs sont des leviers du troisième genre ou interpuissants,

le point d'appui par le condyle se trouve constamment au niveau du plan de Camper dans le voisinage des trous auditifs externes. *La puissance* représentée par l'ensemble des muscles masticateurs a son point d'appui sur la branche montante. « Chez les vertébrés inférieurs les muscles masticateurs sont représentés par une masse musculaire unique réunissant le maxillaire primordial à la base du crâne (Gegenbaur). Chez les vertébrés supérieurs le système masticateur s'est développé et peu à peu il s'est différencié en plusieurs muscles distincts. La disposition de ces muscles présente d'ailleurs de grandes variations, suivant les espèces, et est en relation directe avec la configuration de l'articulation temporo-maxillaire, façonnée elle-même par le mode de mastication. Chez les primates où le maxillaire présente surtout des mouvements d'abaissement et d'élévation, c'est le système des fibres verticales qui a pris le plus grand développement; il est constitué par trois muscles : le temporal, le masséter, le ptérygoïdien interne ; le système des fibres horizontales n'est représenté que par le ptérygoïdien externe » (Poirier, Traité d'anatomie humaine).

Il est à remarquer que, lorsque les fibres du masséter ont une direction très oblique en bas et en arrière, celles du temporal prennent un très grand développement et stabilisent ainsi la direction de la résultante des forces masticatoires par rapport au plan de Camper. Cette remarque me permet de poser en principe que dans toute la série animale la direction de la résultante des composantes des forces développées par les muscles masticateurs est constante et perpendiculaire aux plans de mastication et de Camper. Cette règle comporte des exceptions qui viennent la confirmer. En effet chez le gorille le plan de mastication est très divergent du plan de Camper, il est oblique en bas et en arrière, et la cause en est dans le changement de direction de la résultante des forces produit par l'insertion du temporal sur le long du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur (Macalister et Ledouble). Ces observations semblent confirmer l'hypothèse suivante : le

plan de mastication est toujours perpendiculaire à la direction de la résultante des composantes des forces développées par les muscles masticateurs, les exceptions proviennent de faiblesse partielle dans la réaction (structure du maxillaire supérieur). En effet le plan de mastication est modelé pendant la croissance par le principe de l'action et de la réaction, principe qui est à la base des travaux si importants du Dr Godon sur l'action mécanique de la mâchoire, et je pense que la direction des forces qui font frapper le maxillaire inférieur, considéré comme un marteau, contre le maxillaire supérieur, représentant une enclume, a la plus grande importance dans la formation du plan de mastication. J'en arrive donc à considérer comme certain que c'est dans la façon dont s'organise la réaction que nous devons trouver quelques-unes des causes des malpositions dento-maxillaires, et qu'il est nécessaire de surveiller les enfants dès l'âge de 6 ans pour diriger la formation de leur plan de mastication.

Le plan de mastication est donc un plan parallèle à celui de Camper, déterminé par la direction d'une règle plate serrée entre toutes les dents (fig. 2). Etant donné que les surfaces triturantes des dents ne sont pas toujours dans un même plan, mais présentent une courbure dite courbe de compensation, toutes n'entrent pas en contact avec la règle. De l'arcade dentaire inférieure seules les incisives et canines, le bord distal des dernières grosses molaires, entrent en contact avec la face inférieure de la règle C D (fig. 2).

A l'arcade supérieure les incisives, canines, prémolaires et dents de 6 ans, soit les 12 dents antérieures, touchent la surface supérieure de la règle AB (fig. 2), ainsi que l'a fait remarquer le Dr Amoëdo.

La direction de la règle est bien celle du plan moyen dans lequel toutes les dents entrent en contact, car en effet l'arcade dentaire inférieure vue de profil est formée par une ligne creusée vers le milieu et s'élevant à chaque extrémité pour rejoindre en avant la partie palatine des cou-

ronnes des incisives supérieures et en arrière la dernière molaire supérieure, la ligne CD prenant l'emplacement cd.

La direction du plan de mastication étant trouvée, il ne reste plus pour le situer qu'à connaître la distance qui doit le séparer du plan de Camper, c'est la partie la plus simple du temps qui consiste à chercher la hauteur à donner aux dentiers complets, puisque dans la pratique on repère le bord libre des incisives supérieures à 1 millimètre au-dessus du bord libre de la lèvre supérieure.

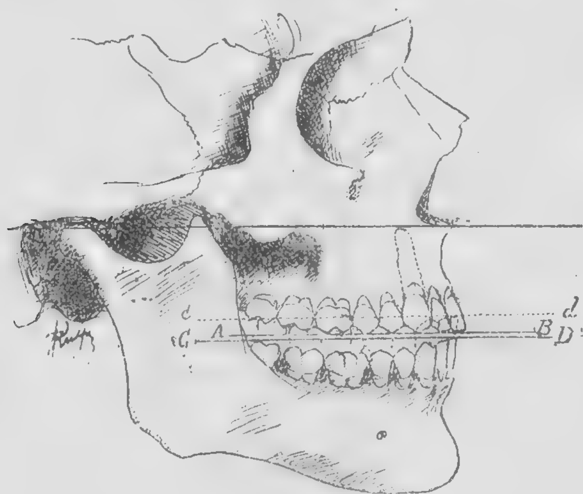


Fig. 2

Les rapports du plan de mastication avec le maxillaire inférieur sont plus délicats à trouver et voici quelques moyens pour y parvenir : le premier, le plus simple, consiste à mesurer la distance qui sépare une caroncule lacrymale, par exemple, du bord inférieur du menton pendant que le patient a un vieux dentier en bouche, ou avant de procéder aux extractions. S'il ne reste aucun vestige de l'ancienne hauteur de la face, on peut la déterminer en se servant soit de l'indice facial total dont j'ai déjà parlé, soit du rapport de la ligne bizygomatique à la ligne ophryo-mentonnière ou mieux des rapports du visage trouvés par Charles Rochet.

Cet auteur divise la face en six parties égales (fig. 3). La

première est comprise entre les sourcils et la caroncule. La deuxième entre la caroncule et la moitié du nez. La troisième entre la moitié du nez et le bord inférieur de l'aile du nez. La quatrième entre le bord inférieur de l'aile du nez et la commissure labiale, la cinquième entre la commissure labiale et la fossette du menton, la sixième entre la fossette du menton et le bord inférieur du menton. On remarquera que le milieu de la face, est à la base de l'aile du nez ; il suffira donc de mesurer la distance qui sépare la ligne des sourcils du bord inférieur de l'aile du nez pour connaître la distance du bord inférieur de l'aile du nez au bord inférieur du menton.

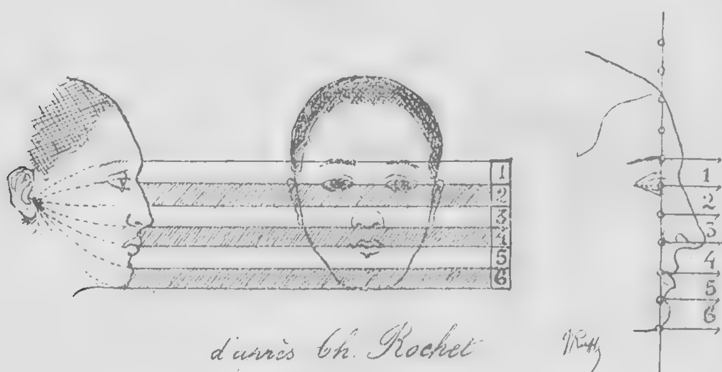


Fig. 3

Ces rapports peuvent être utiles en orthodontie.

Je vais vous présenter un appareil capable de déterminer le plan de mastication en prothèse et de donner sa direction et ses rapports avec les parties voisines pour l'orthodontie.

Cet appareil comporte d'une part une plaque buccale destinée à être serrée entre les dents ou les cires en bouche, un arc extérieur destiné à être placé suivant le plan de Camper et des moyens pour maintenir ces deux pièces parallèles l'une à l'autre, régler et mesurer la distance qui les sépare. En outre, l'appareil comporte une tige graduée permettant de mesurer la distance ophryo-mentonnière, cette tige étant reliée à l'arc de manière à pouvoir être élevée ou abaissée.

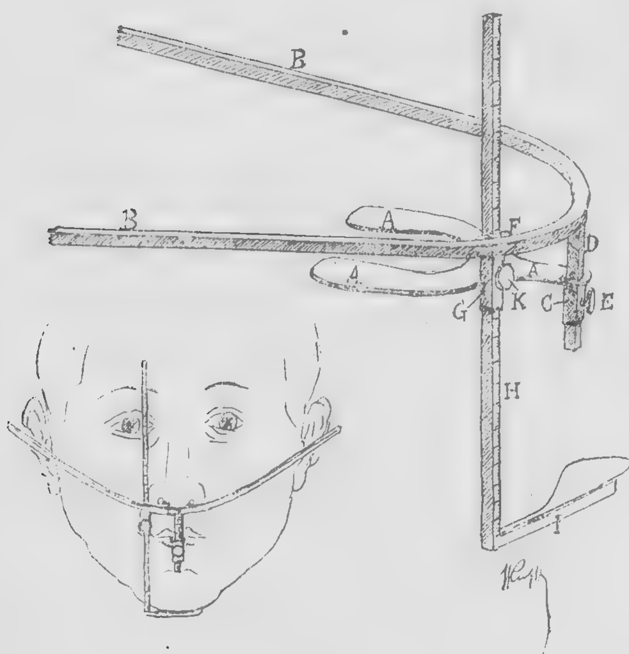


Fig. 4

(Dans la fig. 4, A désigne la plaque buccale qui a une forme en fer cheval et correspond approximativement à celle des arcades dentaires, B est l'arc destiné à être placé suivant le plan de Camper. Ces deux pièces sont réunies au moyen d'une douille C, fixée au milieu de la plaque A, et d'une tige fixée au milieu de l'arc B suivant une direction perpendiculaire aux plans de ces deux pièces, qui sont perpendiculaires l'une à l'autre.

La douille peut glisser sur la tige D, qui est graduée, et y être fixée en toute position voulue au moyen d'une vis à pression E. Les distances entre le plan supérieur de l'arc B et le plan supérieur de la plaque A sont lues en regard du bord supérieur de la douille C, la graduation de la tige partant du haut de celle-ci et tenant compte de la hauteur de la douille.

Sur l'arc B, est articulée au moyen d'une charnière horizontale F, une douille G dans laquelle une tige H peut glisser. Cette tige est graduée en millimètres et centimètres à partir de son extrémité inférieure, qui porte une tige I dirigée en équerre et destinée à s'appuyer sous le menton. Une vis K permet d'arrêter la tige H à toute hauteur voulue dans la douille G.

Etant donné le parallélisme de l'arc B et de la plaque C, il sera facile de faire mordre sur les cires en retouchant celles-ci au besoin de telle façon que l'arc B passe par l'épine nasale inférieure et le milieu des trous auditifs externes et que la graduation de la tige H soit en rapport avec la hauteur à donner à la face.

Quand ces conditions seront satisfaites, le plan d'occlusion et la hauteur des dentiers seront trouvés.

En orthodontie le présent appareil peut renseigner sur la direction du plan de mastication, sur la distance qui le sépare du plan de Camper, éléments suffisants pour diagnostiquer, quand la distance qui sépare les deux plans est réduite par rapport à la moyenne, un manque de résistance du tissu osseux du maxillaire supérieur, cause efficiente et fréquente de malpositions de la région incisive supérieure. La tige graduée peut servir à mesurer les distances verticales de la face.

CONCLUSION. — Si nous admettons qu'il y ait intérêt à reconnaître les rapports des dents avec la face et le crâne, il semble bien que seul le plan de Camper puisse servir de terme de comparaison. Son parallélisme presque constant avec le plan de mastication rend son observation utile en prothèse pour trouver le plan d'occlusion des dentiers, et en orthodontie les rapports des plans de Canper et de mastication doivent être maintenus normaux chez les jeunes sujets pour éviter des malpositions trop accentuées et souvent difficiles à traiter.

REVUE ANALYTIQUE

La fonction génitale et le système dentaire.

M. Léon Labbé a exposé longuement à l'Académie des sciences, le 30 juin, les lignes principales d'une étude d'un grand intérêt scientifique que M. R. Robinson, de Paris, soumet à l'Académie. Ce travail a trait à une corrélation intime que l'auteur suppose entre « les glandes génitales et le système dentaire ».

On connaît, dit le professeur Labbé, l'action des facteurs chimiques (acides) et des agents mécaniques sur la décalcification et l'usure des dents ; on sait aussi que le manque d'hygiène entretient et favorise l'éclosion des microbes pathogènes dans la bouche et provoque l'inflammation des gencives et la dénutrition du système dentaire. Mais cette pathogénie simpliste n'explique guère les modifications intimes de ce système, car, dans un même groupe d'individus soumis au régime et aux soins identiques, les uns continuent à avoir une dentition satisfaisante, les autres non.

M. Robinson s'est demandé si le vieil adage des accoucheurs, qui dit : « Chaque grossesse coûte une dent à la femme », contenait une part de vérité. Autrement dit, si la sécrétion endocrine des glandes génitales pouvait influencer tant soit peu la nutrition du système dentaire.

Un fait en quelque sorte expérimental l'a frappé d'abord. Dans le laboratoire de son regretté maître M. Lannelongue, vivaient depuis huit ou neuf ans sept ânes, dont trois étaient châtrés et les quatre autres non. Ils étaient nourris exclusivement de foin et avaient servi aux expériences de sérothérapie antituberculeuse. Ces animaux étaient donc plus ou moins tuberculinisés, et ceci est important, vu la fréquence des altérations dentaires chez les tuberculeux.

Ces sept solipèdes ont été envoyés à l'Institut Pasteur, où M. Frabey, vétérinaire distingué de cet établissement, les a examinés. La dentition était dans un état de perfection que l'on n'est pas habitué à voir chez des ânes de dix à quatorze ans, tous du sexe masculin. La géophagie que l'on a invoquée comme cause de l'usure des dents ne pouvait être supposée ici, puisque le foin contient autant de terre, sinon plus, que l'avoine par exemple. Le fait saillant à retenir dans cette observation est la suppression de la fonction sexuelle par défaut d'individus femelles.

Autre exemple tiré de la pathologie comparée. L'auteur a fait l'autopsie d'un chien griffon dont toutes les dents étaient noires, friables.

Il a trouvé une « cryptorchidie bilatérale avec atrophie glandulaire ». D'ailleurs, on connaît la calvitie et l'usure des dents des chiens cryptorchides.

Les eunuques, dont la castration est précoce et complète, ont cependant une chevelure et une dentition parfaites.

Ces deux faits à l'apparence paradoxale se corroborent au contraire. Chez les cryptorchides, les glandes spécifiques sont longtemps comprimées et irritées, d'où une exagération de la sécrétion endocrine. Chez les hommes castrés en bas âge et d'une façon radicale, cette sécrétion n'a jamais existé.

Expérimentalement, M. Robinson a détruit chez un jeune chien les glandes sexuelles par l'injection interstitielle d'une substance caustique (periodate de potasse). En même temps, il a provoqué pendant plusieurs mois une glycosurie phloridzinique. Les dents examinées par le professeur Mendel (de l'Ecole dentaire) ont été trouvées intactes.

Ainsi chez les diabétiques et les tabétiques, si la fonction sexuelle est supprimée de bonne heure, les dents peuvent rester en assez bon état.

Cette notion paraît fort importante, car les troubles nutritifs observés dans certains organes des tuberculeux, des cancéreux et plus particulièrement des syphilitiques ne doivent plus être considérés comme une action directe des microbes et de leurs toxines ; un intermédiaire entre ceux-ci et les troubles en question semble être obligatoire : ce sera l'intervention d'une glande endocrine. Le métabolisme du calcium, du fluor, du manganèse, etc., sera ainsi altéré par les lésions ou les troubles fonctionnels des glandes endocrines.

Existe-t-il une action réciproque de la part du système dentaire sur la fonction génitale ?

Deux observations qu'il a été donné à M. Robinson de connaître sont en faveur de cette hypothèse :

« I. Un Arménien, domestique d'une quarantaine d'années, était au service d'une grande dame parisienne. Un jour le dentiste de cette personne étant en visite chez elle, celle-ci demanda au praticien, sur le désir de l'Arménien, d'arracher les quelques dents de celui-ci. Séance tenante, on fit l'ablation de dix-huit dents. La victime inconsciente a eu pour récompense un bon appareil, mais perdit toute fonction sexuelle. Les glandes de génération examinées au bout de trois mois étaient complètement atrophiées.

« II. Un ouvrier russe de trente ans environ travaillait depuis quelque temps dans une fabrique de caramel russe à Saint-Ouen. Il a perdu en très peu de temps la totalité de ses dents devenues noires et friables. Cet homme fut atteint par la suite d'une stérilité complète et de l'atrophie glandulaire. »

Ces faits, que le docteur Robinson pourrait, dit-il, multiplier par de nombreuses observations suivies personnellement dans les hôpitaux de Paris, démontrent la synergie des glandes sexuelles avec le système dentaire.

Il semble de plus en plus prouvé, ajoute-t-il, que l'irritation des glandes génitales produit une action fâcheuse sur le métabolisme calcaire des os et des dents. (*Journal officiel*, 5 juillet 1913.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 avril 1914.

Présidence de Georges VILLAIN, vice-président.

La séances est ouverte à 9 heures.

I. — CORRESPONDANCE.

Le président fait part des excuses du secrétaire général M. Lemière, qui fait une période de service militaire, et de M. Jeay, qui est grippé.

M. Ruppe, secrétaire adjoint, donne lecture d'une lettre d'excuses de M. Godon.

II. — PRÉSENTATION D'UN MALADE PORTEUR D'UN APPAREIL POUR HÉMIRÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, PAR M. RUPPE.

M. Ruppe donne lecture de sa communication et présente le patient porteur de son appareil.

Il ajoute: Le patient que je vous présente a été opéré à Montbéliard en 1897 à l'âge de 8 ans. La nature de l'affection qui a nécessité l'opération est inconnue. Le malade est resté sans appareil jusqu'à l'âge de 24 ans, c'est-à-dire jusqu'à l'année dernière. C'est seulement à cette époque qu'il s'est présenté au service de prothèse restauratrice de l'Ecole dentaire de Paris. Son articulation, comme vous le pensez bien, était viciée et, étant donnée la déviation très grande qui s'était produite, il me fut impossible de la rendre normale et de diriger les dents inférieures en bonne occlusion avec les supérieures. Le premier appareil construit était très simple: il entourait les dents restantes et portait des dents artificielles où manque le maxillaire, les dents supérieures articulaient profondément dans l'appareil et ce fut le seul moyen que j'employai pour guider le demi-maxillaire restant.

La seule chose intéressante dans ce cas est la façon dont je pus vaincre la bride cicatricielle qui était très puissante; sous le premier appareil le patient plaçait une plaque d'ouate qu'il augmentait constamment, de volume; quand la distension était assez importante, je grossissais l'appareil et, après un an de ce traitement,

j'ai pu obtenir un refoulement considérable, que vous pouvez constater en comparant les deux modèles que m'ont servi à faire le 1er et le dernier appareil.

Discussion.

M. Debray. — Mettiez-vous du coton dans votre premier appareil pour distendre la bride cicatricielle ?

M. Ruppe. — Oui. En dessous de l'appareil, à l'endroit de la bride cicatricielle, je faisais placer une plaque de coton qui allait en épaississant au fur et à mesure que la bride se distendait.

M. Debray. — Pour avoir cet affaissement, cela vous a-t-il demandé beaucoup de temps ?

M. Ruppe. — Un an, à peu près.

M. Martinier. — Ce qu'il y a de plus intéressant dans la communication de notre confrère, c'est que ce malade a été opéré en 1897. Or généralement nous avons l'habitude en prothèse restauratrice d'appliquer des appareils sur des tissus cicatriciels, c'est-à-dire de nouvelle formation. De 1897 à 1913, date à laquelle il a entrepris le traitement de ce malade, la transformation de ces tissus s'était opérée et notre confrère Ruppe était en droit de craindre que ces tissus ne se distendissent que très difficilement. Les résultats qu'il nous présente sont tout à fait remarquables et je ne saurais trop l'en féliciter pour ma part. Il y a un seul point sur lequel nous ne sommes pas tout à fait d'accord, c'est sur le moyen qu'il a employé pour distendre la bride cicatricielle. Il a utilisé le coton. C'est un moyen extrêmement simple, mais ce n'est peut-être pas le plus recommandable pour tous les cas.

Il a pu trouver un malade qui était propre, soigneux, mais nous avons toujours lieu de redouter la négligence des malades. Je crois, pour ma part, qu'on peut obtenir le même résultat avec la gutta, par exemple, ou avec un corps susceptible de distendre la bride cicatricielle, mais qui ne présente pas les inconvénients de l'ouate.

L'ouate est un corps qui est très bien toléré par les muqueuses, M. Ruppe a, d'autre part, rencontré un malade qui l'a quelque peu secondé et, malgré la résistance des tissus, il a obtenu tout de même des résultats très intéressants.

Nous ne pouvons évidemment pas, dans des cas de ce genre, chercher à rétablir l'articulation comme on pourrait l'espérer s'il s'était agi d'une restauration récente.

Je félicite M. Ruppe des résultats qu'il a obtenus parce qu'ils sont très beaux, étant donné les difficultés qu'il a eu à surmonter.

M. Mendel-Joseph. — Pour ma part j'ai trouvé l'emploi du coton en cette circonstance tout à fait ingénieux. Quand il faut en effet provoquer la contraction, la régression du tissu, le coton peut nous rendre de réels services. J'ai eu l'occasion de voir des malades qui ont utilisé le coton non pas pour comprimer les tissus et pour obtenir la rétrocession de ces tissus, mais pour des raisons bien différentes et les résultats obtenus ont été très satisfaisants et tout à fait remarquables.

Je me permettrai cependant de dire, à l'encontre de ce que disait M. Martinier, qu'il est très facile de changer très souvent le coton et que c'est un moyen très simple d'assurer l'asepsie.

Un point important de cette communication, c'est de voir qu'un tissu extrêmement rétractile comme celui qui se produit dans ces cicatrices a permis d'obtenir dans un temps ralativement restreint une modification de tissu aussi considérable.

Le moyen signalé par M. Ruppe est donc très intéressant. C'est à ce point de vue particulièrement que, me joignant aux éloges de M. Martinier, j'adresse également à M. Ruppe mes félicitations.

Le président. — Je serai l'interprète de la Société d'Odontologie en remerciant M. Ruppe de nous avoir fait cette présentation. M. Ruppe est un travailleur acharné, il nous apporte presque à chaque séance quelque chose de nouveau et nous sommes toujours très intéressés par ses tours de main, que ce soit une simple présentation, comme ce soir, ou qu'il s'agisse de travaux plus complets comme ceux qu'il nous a présentés ou comme ceux qu'il nous promet. Je le remercie très sincèrement au nom de vous tous. *(Applaudissements.)*

III. — Les chirurgiens-dentistes et les expertises.

Le président. — Avant de passer à l'ordre du jour, je voudrais vous communiquer une coupure de journal qui m'a été envoyée par notre président. M. Jeay se proposait de vous mettre au courant d'un incident qui s'est passé récemment au sujet d'une expertise. Je crois que la plupart d'entre vous connaissent cet incident.

Le président de la Société d'Odontologie en avait parlé au bureau, lorsque celui-ci s'est réuni il y a une quinzaine de jours. Il avait été décidé à ce moment-là qu'on soumettrait la coupure du journal en question à la Société d'Odontologie afin de provoquer, si cela était nécessaire, une intervention comme cela s'est fait au sujet de l'interdiction de la vente de la cocaïne aux chirurgiens-dentistes l'année dernière.

La plupart d'entre vous, je le répète, savent ce dont il s'agit : c'est un stomatologiste qui a récusé un expert qui n'avait pour titre que celui de chirurgien-dentiste.

Dans le cas particulier le juge de paix, M. Aymé, a repoussé les conclusions aux termes desquelles on demandait que l'expert portât le titre de Docteur en médecine. Le juge concluait ainsi (Il donne lecture des considérants du jugement publiés dans le nº du 15 juin, p. 510).

Il est à regretter que dans la circonstance le dentiste qui avait été nommé expert se soit récusé devant la protestation du stomatologiste, puisque le jugement lui donnait gain de cause ; il devait en somme remplir son mandat, c'était là un devoir professionnel envers lui-même et envers nous tous.

Vous vous souvenez de l'invitation que le ministre avait adressée par circulaire pour qu'on nommât autant que possible aux expertises dentaires des confrères possédant des diplômes équivalents au moins à ceux dont justifiait le confrère mis en cause. Nous pouvons, nous aussi, nous appuyer sur cette thèse et, lorsqu'un expert est nommé pour un différend dans lequel un chirurgien-dentiste est en cause, réclamer que l'expert désigné soit, lui aussi, chirurgien-dentiste et non pas simplement médecin. Le chirurgien-dentiste peut en somme demander comme expert un confrère possédant le même titre que lui.

Il y aurait certainement lieu pour nous d'agir. Les stomatologistes se sont occupés de cette question depuis déjà fort longtemps. C'est à la suite de cette intervention des stomatologistes que le ministre a lancé la circulaire dont je viens de parler.

Nos sociétés devraient, elles aussi, s'efforcer de faire trancher cette question dans un sens qui soit favorable aux chirurgiens-dentistes. Il est absolument inadmissible que les chirurgiens-dentistes ne puissent être experts pour juger les travaux des chirurgiens-dentistes.

Il est inadmissible au point de vue social comme au point de vue légal que seul le médecin soit choisi comme expert, qu'il ait des titres dentaires ou non, qu'il ait ou non une expérience professionnelle en art dentaire.

Je ne sais pas sous quelle forme nous pourrons en tant que Société d'odontologie formuler notre protestation, mais je crois que ce soir nous pourrions renvoyer la question au bureau de la Société, sous forme de vœu, comme cela a déjà été fait l'année dernière pour la question de la cocaïne. Notre protestation pourrait être renvoyée à l'Ecole dentaire et à la Fédération dentaire nationale. Cependant la question ne se présente pas comme l'année dernière, elle n'a pas de caractère d'urgence. Nous pouvons prendre notre temps et nos précautions pour agir avec le plus de chances possibles de succès. Il nous a semblé qu'il était bon de soumettre à la Société d'odontologie cette interprétation

spéciale de la circulaire ministérielle que je vous rappelais par un juge de paix.

M. Roy. — Je ne sais pas si le jugement que vous citez est le même que celui qui a paru dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 janvier dernier. Je ne le crois cependant pas, parce que ce jugement est assez récent et a été rapporté par la presse politique il y a une quinzaine de jours environ.

Il se trouve que par hasard j'ai cette coupure que je me proposais d'envoyer à l'Association générale syndicale des dentistes de France. Dans les coupures que je reçois régulièrement, j'ai trouvé ce jugement, reproduit par la *Gazette des Hôpitaux.* Il s'agit d'un jugement d'appel. Dans la *Gazette des Hôpitaux* on défend cette théorie que le dentiste-expert doit être médecin ; on y dit même que le chirurgien-dentiste ne peut pas être expert. (Il donne lecture de l'article).

On vient de citer un autre jugement qui a été rendu. Il résulte donc de ces différents documents qu'il y a là matière à controverses et que les juristes eux-mêmes diffèrent notablement d'avis.

Je crois qu'il y aurait lieu de faire trancher cette question et d'aller pour cela devant toutes les juridictions, jusqu'à la Cour de cassation si c'est nécessaire, de façon à la faire trancher définitivement. Vous voyez, n'est-ce pas, qu'avec cette extension-là ce n'est pas seulement le droit d'être expert dans un conflit entre un dentiste médecin et ses clients qu'on nous refuse, mais encore on nous dénie même le droit d'être nommés dentistes-experts.

Il y a là une interprétation abusive que nous devons nous efforcer de faire trancher définitivement par les tribunaux.

Je crois qu'il y aurait intérêt à publier ces deux jugements dans *L'Odontologie* avec un petit commentaire.

M. Henri Villain. — Nous avons demandé à notre conseil judiciaire, Me Ducuing, de nous faire une communication à ce sujet.

Le rapport de Me Ducuing, qui a une douzaine de pages, donne raison au juge de paix et en même temps aux chirurgiens-dentistes et dit que les chirurgiens-dentistes doivent être experts, qu'il n'y a pas de raisons de ne pas les mettre sur le même pied que les stomatologistes.

M. Roy. — Ce rapport viendra donc commenter très heureusement ces deux jugements.

M. Ferrand. — Un chirurgien-dentiste peut-il refuser l'expertise d'un docteur-dentiste ? Je me trouve dans le cas d'être expertisé par un docteur-dentiste.

M. Roy. — Est-il chirurgien-dentiste ?

M. Ferrand. — Non.

M. Roy. — Eh bien alors, vous auriez le droit de le récuser.

M. Ferrand. — Mon avocat, à mon insu, a demandé ce docteur-dentiste comme expert parce qu'il était de mon quartier. Je n'ai dans ces conditions pas cru devoir ne pas l'accepter puisque mon avocat l'avait demandé. J'ai suivi avec intérêt les articles parus dans la *Gazette des Hôpitaux* sous la signature du Dr Herpin, où cet auteur émettait ses théories au sujet des expertises en art dentaire. Or il se trouve que c'est lui précisément qui est mon expert dans le différend où je suis partie. Ne voulant pas accepter d'être expertisé par un chirurgien-dentiste, devrait-il accepter d'expertiser un chirurgien-dentiste ?

Le procès va sans doute passer en appel et très certainement il y aura un autre expert qui sera nommé. A ce moment-là, pour le principe, je demanderai, que ce soit un chirurgien-dentiste qui soit désigné et non pas un docteur-dentiste, à moins que celui-ci n'ait le titre de chirurgien-dentiste.

M. Roy. — Vous devez récuser tout expert qui n'est pas chirurgien-dentiste.

M. Martinier. — Je ne verrais pas d'inconvénient à ce que la Société d'odontologie renvoyât au bureau l'étude de cette question pour y donner la suite qu'elle comporte.

M. Roy. — Il n'y a pas d'action directe possible par la Société d'odontologie.

M. Martinier. — La Société d'odontologie est une société scientifique qui représente un important groupement de chirurgiens-dentistes. Ce qu'elle peut faire, c'est renvoyer la question à l'Association générale syndicale des dentistes de France sous forme de vœu.

M. Roy. — Il ne faut pas nous borner cependant à émettre un vœu platonique.

M. Martinier. — Nous émettrons un vœu qui sera porté à la connaissance de l'Association et cette dernière suivra la question.

M. Ferrand. — Dans le cas où une expertise serait faite, où un chirurgien-dentiste demanderait à être expertisé par un autre chirurgien-dentiste, la Société d'odontologie pourrait-elle appuyer cette demande ? Y aurait-il possibilité pour la Société d'odontologie d'intervenir à ce moment-là ?

M. Roy. — Si nous avions un confrère qui soit expertisé par un docteur en médecine, comme cela a été votre cas, par exemple, avec récusation, par le chirurgien-dentiste, la contre-partie du cas qui nous a été signalé ce soir, je crois que dans la circonstance l'Association générale syndicale des dentistes de France pourrait se substituer au confrère expertisé. Il y aurait intérêt à ce que l'Association se substituât au confrère et fît pour lui, à

ses lieu et place, les poursuites nécessaires et prît à sa charge les frais que cela peut entraîner, afin d'obtenir un jugement tranchant nettement la question dans le sens de notre thèse.

Si vous connaissez quelqu'un qui se trouve dans ces conditions-là, faites-nous en part. Il y aurait un gros intérêt, je le répète, à s'occuper de cela. Il est difficile de faire trancher une question de cette nature sans avoir un fait précis. Il faudrait un cas analogue à celui qui nous a été signalé.

M. Martinier. — Je crois que le cas de M. Ferrand ne peut pas être choisi et qu'il serait même peut-être imprudent que l'Association intervînt, puisque notre confrère a déjà accepté l'expertise.

M. Ferrand. — C'est mon avocat qui a accepté. Je ne savais pas, moi, quel était l'expert.

M. Martinier. — Oui, c'est entendu, mais vous ne l'en avez pas moins accepté une fois.

M. Ferrand. — L'essentiel serait de trouver un cas analogue au mien.

M. Martinier. — Oui, un cas analogue où le chirurgien-dentiste expertisé récuse le docteur en médecine et réclame comme expert un chirurgien-dentiste.

M. Roy. — Vous devez agir dans une telle circonstance d'une façon très stricte.

Le président. — Je crois qu'il faut nous défendre à ce propos, et nous devrons pour cette question batailler très durement parce que nous rencontrerons comme principal adversaire la Société de médecine légale, qui est tout à fait opposée à la thèse que nous défendrons.

C'est la Société de médecine légale qui a obtenu du garde des sceaux la circulaire de 1912. Actuellement cette Société s'appuie sur le texte de la loi du 30 novembre 1892 pour empêcher les chirurgiens-dentistes d'être experts.

M. Roy. — La thèse que nous soutenons peut trouver un appui utile, peut-être, dans une considération assez terre à terre, je veux parler des feuilles des contributions en ce qui concerne les patentes. Les médecins qui exercent l'art dentaire sont désignés sur leurs feuilles des contributions : « Médecin-dentiste ».

Le président. — Ils paient la patente des dentistes, ils ne paient pas la patente médicale.

M. Roy. — C'est la même.

Le président. — C'est la même au point de vue du prix, mais ce n'est pas le même rôle.

M. Roy. — Les médecins exerçant l'art dentaire ont à payer la patente des dentistes. Les stomatologistes ne sont d'ailleurs

émus de cette question puisqu'ils ont demandé, sans d'ailleurs obtenir gain de cause, que la perception des finances leur applique la patente de docteur en médecine. Cela leur a été refusé.

M. Mendel-Joseph. — Sur la feuille des contributions que je reçois, il y a simplement : « Médecin ».

M. Roy. — Beaucoup de confrères ont l'indication : « Médecin-dentiste ».

D'ailleurs la chose est tellement exacte que la Société de Stomatologie, il y a peut-être deux ou trois ans, s'est activement occupée de cette question.

M. Mendel-Joseph. — Y a-t-il une différence ?

M. Roy. — Il n'y a au fond aucune différence, c'est l'Administration qui catalogue de cette manière-là.

M. Mendel-Joseph. — Dès l'instant que la loi fixe les conditions d'existence du dentiste, elle rend cette existence officielle et légale et il est absolument impossible que, d'autre part, elle conteste au chirurgien-dentiste la faculté de juger ses pairs, parce que c'est lui qui est le plus qualifié pour les juger. Il est donc absurde de proscrire les chirurgiens-dentistes des fonctions d'expert. Peut-on vraiment empêcher le chirurgien-dentiste d'être experts ? Tout ce dont vous avez parlé tout à l'heure concerne exclusivement les médecins-experts. Mais il y a des dentistes qui ne veulent pas être médecins ; ils ont le droit d'être experts pour juger leurs pairs.

C'est une question de bon sens tellement élémentaire que je me demande comment on peut véritablement refuser aux chirurgiens-dentistes d'être experts dans les litiges qui concernent leurs pairs.

Le président. — Le garde des sceaux n'a pas pu le refuser. Il a fait une circulaire invitant les magistrats à choisir comme expert une personne ayant un titre équivalent à celui que possédait le confrère expertisé, Il n'y a qu'une invitation dans cette circulaire.

En tous les cas il faut nous défendre, parce que si nous restons inactifs, les stomatologistes, vont agir et chercher à obtenir des jugements favorables et cela deviendra une habitude : les dentistes ne pourront plus être nommés experts.

Nous pouvons faire valoir nos droits et nous devons le faire.

Si vous vouliez vous rallier à la proposition de M. Martinier, nous pourrions adopter un vœu et le renvoyer à une de nos Sociétés chargées de la défense des intérêts professionnels.

M. Martinier. — A l'Association générale syndicale des dentistes de France, qui l'enverra à la Fédération dentaire nationale. Ce faisant, l'Association s'appuiera sur une autorité plus grande encore.

Le président. — En tant que Société d'odontologie, nous sommes en quelque sorte commission scientifique de l'Ecole dentaire de Paris. Nous enverrons notre vœu à l'Association générale syndicale des dentistes de France.

M. Roy dépose l'ordre du jour suivant dont il donne lecture :

« La Société d'odontologie de Paris, dans sa séance du 7 avril 1914, proteste contre la jurisprudence qui voudrait dénier aux chirurgiens-dentistes le droit de figurer comme experts dans les litiges d'ordre dentaire et prie l'A. G. S. D. F. de poursuivre devant les diverses juridictions les revendications des chirurgiens-dentistes sur cette question de droit et d'équité. »

Le président. — Le vœu mis aux voix est adopté à l'unanimité.

IV. — Quelques faits anatomo-pathologiques touchant la pyorrhée alvéolaire. Présentation de projections photomicrographiques, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph donne lecture de cette communication, qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 30 juillet 1913.

Discussion.

M. Roy. — Je ne voudrais pas discuter ce travail, car cela nous entraînerait trop loin. Ce sujet de la pyorrhée soulève des questions extrêmement complexes. Je suis très heureux d'avoir assisté à la communication de M. Mendel-Joseph et d'avoir vu du reste divers travaux qu'il a publiés dans *L'Odontologie* et qui éclairent d'une façon tout à fait intéressante l'anatomie pathologique de la pyorrhée. C'est certainement sur cette anatomie pathologique qu'on peut s'appuyer pour l'étude du développement de cette maladie et de sa pathogénie. A cet égard les travaux de M. Mendel-Joseph nous apportent une contribution très utile.

Je le félicite des préparations tout à fait remarquables qu'il nous a présentées ce soir.

Le président. — Je serai certainement l'interprète de la Société tout entière en remerciant très sincèrement M. Mendel-Joseph. Par les très nombreux travaux d'histologie auxquels il s'est livré, et dont il nous a fait bénéficier il a inscrit son nom en lettres d'or dans le livre de la Société.

Les travaux de M. Mendel-Joseph contribueront très largement à nous éclairer sur la marche de cette maladie et conséquemment à nous donner les moyens de la traiter.

Les très belles préparations qu'il nous a présentées nous font prévoir des indications sur le traitement et nous font comprendre surtout mieux les insuccès que nous rencontrons. Je tiens à le

remercier au nom de la Société d'Odontologie pour toutes ses explications et pour les belles préparations qu'il nous a présentées; nous en voyons rarement d'aussi belles ici, comme dans d'autres Sociétés.

V. — Présentation d'un nez artificiel construit d'après le procédé Heuning et de deux photographies d'un sujet traité par le Dr Pont, par M. Martinier.

M. Martinier. — Ceux d'entre vous qui assistaient à la séance de l'année dernière dans laquelle le Prof. Warnekros nous a fait deux présentations ont pu voir un patient porteur d'un nez artificiel.

Vous savez que dans les restaurations faciales un des points les plus ennuyeux était justement la restauration des nez. On a employé beaucoup de choses pour y réussir, depuis le nez d'ivoire en passant par le caoutchouc jusqu'à la céramique. On n'avait pas trouvé cependant une matière qui donnât satisfaction aux dentistes chargés de ce genre de restauration.

Lorsque notre éminent confrère Warnekros est venu nous faire sa communication, il nous a parlé de la restauration faciale, particulièrement du nez et nous a présenté un cas.

Tout le monde a trouvé cela extrêmement intéressant.

Notre confrère Pont a eu l'occasion d'appliquer à un malade un nez de ce genre.

Dans une correspondance que j'ai échangée avec lui à ce propos il m'a prié de présenter à la Société d'Odontologie les photographies du cas qu'il avait traité grâce à cette méthode simple, pratique et qui donne des résultats qu'on peut qualifier de merveilleux. En même temps il joignait un spécimen d'un nez confectionné avec cette matière gélatineuse.

On fait un moule et on construit ce nez d'une façon fort simple en fondant la gélatine dans le moule.

Il y a avec cette méthode le gros avantage que la juxtaposition peut se faire très bien. La rétention se fait très bien aussi.

Le malade fait ce nez lui-même, il peut ainsi avoir un nez nouveau, propre, chaque fois qu'il en a le désir.

Je vais vous faire passer le nez qu'a confectionné notre confrère le Dr Pont. Vous verrez qu'il y a jusqu'à des points noirs sur ce nez. On imite admirablement la nature.

Notre confrère Pont a présenté ce cas à la Société des chirurgiens de Lyon, où il a été très apprécié.

Il est très difficile de se procurer cette matière en France.

Un de nos fournisseurs a fait des démarches dans ce but, mais il n'a pas pu s'en procurer.

M. Pont a été plus heureux, puisqu'il m'envoie un échantillon de cette matière. C'est la matière qui nous permet d'approcher le plus possible de la nature.

Vous avez vu le malade présenté par le Prof. Warnekros. Vous voyez maintenant qu'un de nos confrères, du premier coup, au premier essai, a réussi dans un même cas. C'est donc par conséquent une méthode très pratique et qui peut être vulgarisée très rapidement. *(Applaudissements.)*

M. Martinier. — Je voudrais vous présenter ceci parce que j'ai été mis à une dure épreuve le jour où j'ai voulu faire une application d'une bague fendue pour un bridge. J'ai suivi la méthode de M. Léger-Dorez : la méthode de la couronne du bridge fendue à clapet et je me suis trouvé devant une grande difficulté pour placer une dent dans la bouche. Les résultats obtenus ont été désastreux. J'ai donc cherché à modifier la combinaison de notre confrère pour la rendre plus pratique.

Je vous présente ce soir une bague fendue qui a sur celle de M. Léger-Dorez un léger avantage : elle rend très pratique le démontage de la dent. Vous avez un bridge que vous pouvez démonter en cinq minutes avec ce procédé.

Je n'ai pas besoin d'avoir une très grosse épaisseur parce que la couronne de la dent doit former un renfort extrêmement solide.

(M. Martinier soumet aux membres présents un spécimen de son dispositif et donne à son sujet quelques explications complémentaires.)

Le président. — J'adresse à M. Martinier, au nom de la Société, de vifs remerciements pour sa présentation ; je serai également votre interprète pour adresser nos remerciements au Dr Pont.

Je profite de cette occasion pour inviter tous nos confrères à nous présenter plus fréquemment des travaux sous la rubrique des incidents de la pratique journalière. Ce sont des petites choses qui sont profitables à tous et il est bien des cas où nous éviterions des insuccès et des désagréments en ayant eu l'occasion d'entendre un confrère nous faire part d'un incident personnel.

La séance est levée à 11 h. 35.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

Le Congrès de 1914 (43e session) se réunira au Havre du 27 juillet au 2 août sous la présidence de M. Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Association.

Les séances se tiendront au Lycée de jeunes filles, rue Jules-Ancel. Le secrétariat y sera ouvert le 26 juillet, à 2 h. 1/2.

Tous les congressistes sont priés de se trouver au Havre le mercredi 29 août pour le banquet.

Une réunion de la Fédération dentaire nationale aura lieu le même jour.

Programme général du Congrès.

Lundi 27 juillet. — 2 heures, séance d'ouverture, au Grand-Théâtre (place Gambetta).

4 heures, séances des sections, pour l'organisation des travaux, au *Lycée de jeunes filles* (rue Jules-Ancel).

9 heures, à *l'Hôtel de Ville*, réception des Congressistes par la municipalité.

Mardi 28 juillet. — 8 h. 1/2, séances des sections.

11 heures, visite du Muséum, où aura lieu l'inauguration de l'Exposition de Préhistoire.

2 h. 1/2, A. Séances des sections.

2 h. 1/2, B. Réunion des délégués des sociétés anglaises affiliées à la *British Association.*

De 4 heures à 7 heures, visite du port; visite d'un Transatlantique; visite des docks et entrepôts.

8 h. 45, *au Grand-Théâtre,* conférence de M. le Professeur Bigot, doyen de la Faculté des sciences de Caen, sur *le Littoral de la Normandie.*

8 h. 45, *Salle du Cercle Franklin* (Cours de la République), Conférence populaire, donnée sous les auspices de l'Association française pour l'avancement des sciences, sur convocations des syndicats ouvriers : *l'Alimentation rationnelle.*

Mercredi 29 juillet. — 8 h. 1/2, séances des sections.

11 heures, au Lycée de garçons (rue Ancelot), inauguration des Expositions rétrospectives de la marine, de physique, d'électricité médicale, d'odontologie, de botanique et de météorologie.

2 h. 1/2, séances des sections.
5 heures, visites industrielles.
8 h. 1/2, soirée libre au Théâtre-Casino municipal, où les Congressistes seront admis sur présentation de leur carte.

Jeudi 30 *juillet*. — Excursion générale à Rouen.

Vendredi 31 *juillet*. — 8 h. 1/2, séances des sections.
11 heures, visite du Musée de peinture et d'Archéologie. Pose de la première pierre de l'Institut océanographique du Havre.
2 h. 1/2, séance générale anglo-française (toutes les sections réunies). Rapports et discussion sur le *Tunnel sous la Manche*.
8 h. 45, conférence (en français) par un membre anglais du Congrès.

Samedi 1er *août*. — 8 h. 1/2, séances des sections.
2 h. 1/2, séances des sections.
4 heures, séance générale de clôture.

Expositions organisées par les sections.

a) Exposition rétrospective de la marine (Lycée de garçons, rue Ancelot, salle de gymnastique).
b) Exposition d'électricité médicale (Lycée de garçons, salle des conférences).
c) Exposition d'Odontologie (Lycée de garçons, salle de dessin).
d) Exposition d'Anthropologie (Muséum d'histoire naturelle, place du Vieux-Marché).

Excursion du jeudi 30 juillet 1914.

6 h. 1/4. — Départ du Havre par chemin de fer.
7 h. 1/4. — Arrivée à Yvetot.
7 h. 45. — Départ en voiture.
8 h. 45. — Arrivée à Caudebec (11 k.).
9 h. 1/4. — Départ de Caudebec, après la visite de l'église, sur le vapeur *Boieldieu*.
10 heures. — Arrivée à Jumièges.
11 heures. — Après la visite de l'abbaye, située à 1 kilomètre du débarcadère, départ.
12 h. 45. — Arrivée à La Bouille, déjeuner en face du débarcadère et sur les bords de la Seine.
1 h. 50. — Départ de La Bouille.
3 heures. — Arrivée à Rouen. Visite des monumunts rouennais : Cathédrale Saint-Ouen, Saint-Maclou, Palais de Justice, la Grosse Horloge.

6 h. 28. — Départ de Rouen.
7 h. 52. — Arrivée au Havre.

Excursions finales

Dimanche 2 août.

9 h. 1/2. — Départ du Havre le dimanche.
12 h. 1/2. — Arrivée à Dieppe (déjeuner).
1 h. 1/2. — Arrivée à Arques-la-Bataille.
2 h. 1/2. — Après la visite du château, et départ.
3 h. 10. — Arrivée à Eu.
4 h. 10. — Après la visite de l'église et de la chapelle du Collège, et départ.
4 h. 25. — Arrivée au Tréport (dîner et coucher).

Lundi 3 août.

7 heures. — Départ du Tréport.
8 heures. — Arrivée à Abbeville.
10 h. 1/2 — Après la visite de la Cathédrale et des vieilles maisons, et départ.
11 h. 1/2. — Arrivée à Amiens (déjeuner). — Visite de la Cathédrale et des monuments (dîner et coucher).

Mardi 4 août.

8 heures. — Départ d'Amiens.
10 h. 1/2. — Arrivée à Chantilly (déjeuner). Visite du château.
5 heures. — Départ de Chantilly.
6 h. 1/2. — Arrivée à Paris.

Les Congressistes qui ne rentreraient pas au Havre retrouveront en consigne, à Paris, leurs bagages qui seront expédiés directement.

Chemins de fer

Les grandes compagnies veulent bien, comme pour les Congrès précédents, faire bénéficier les Congressistes d'une réduction de 50 o/o sur le tarif général.

Les billets délivrés, comme les années précédentes, sous la forme de feuilles d'invitation, seront valables, à l'aller, du 24 juillet au 2 août, et, au retour, du 27 juillet au 24 août.

L'imprimé (feuille rose) pour demander ces billets et l'imprimé (bleu) relatif aux demandes de logement seront adressés vers la fin de juin à chaque société, sous pli spécial, renfermant, en outre, la carte de membre avec le plan de la ville du Havre et le bulletin de vote (avec enveloppe spéciale) pour l'élection des délégués de l'Association.

HOTELS ET RESTAURANTS DU HAVRE

NOMS ET ADRESSES DES ÉTABLISSEMENTS	CHAMBRES disponibles pour les Congressistes	PRIX	PETIT DÉJEUNER	DÉJEUNER	DINER	CHAMBRE et PENSION par jour et par personne
AMIRAUTÉ, quai de Southampton	20 à 2 personnes	» »	» »	» »	» »	10 »
ANGLETERRE, rue de Paris, 124	15 à 2 —	» »	» »	» »	» »	15 »
ARMES DE LA VILLE, rue Estimauville, 29	15 à 2 —	» »	» »	» »	» »	12 »
AVENIR (restaurant de Tempérance), rue de Paris, 43	15	» »	» »	» »	» »	5 50
BORDEAUX, place Gambetta, 17	20 à 2 personnes	5 »	» »	3 »	3 »	12 »
BRAS D'OR, rue Thiers, 41	2 —	4 »	» »	2 25	2 50 sans vin	» »
CONTINENTAL, chaussée des États-Unis, 13	12 à 2 personnes	15 »	» »	» »	» »	20 » sans vin
	— à 1 personne	8 »				
FRASCATI, rue Perrey, 1	25 à 2 personnes	15 »	» »	» »	» »	20 » sans vin
	— à 1 personne	10 »				
FAMILLES, rue Dicquemare, 30	8 à 2 personnes	5 »		5 50 par jour		» »
NORMANDIE, rue de Paris, 106	23 chambres de	5 » à 15 »	1 50	3 »	3 50	» »
HOTEL DUCHEMIN, rue Racine, 24	10 à 1 personne	4 »	» »	» »	» »	9 50
	par 2 personnes	6 »	» »	2 50	2 75	8 »
HOTEL HAMON, place Gambetta, 16	10	4 50	» »	2 »	2 »	» »
JARDIN D'HIVER, rue Sainte-Adresse	6 à 2 personnes	» »	» »	» »	» »	10 » sans vin
NÉGOCIANTS, rue Corneille, 3	20 à 2 personnes	» »	» »	» »	» »	10 »
	— à 1 personne	» »	» »	» »	» »	11 »
NOUVEL HOTEL, rue de Paris, 82	2 à 2 personnes	6 »	» »	2 75	2 75	» »
PLAT D'ARGENT, rue Émile-Zola, 44	10 à 2 —	» »	» »	» »	» »	7 »
	par 1 personne	» »	» »	» »	» »	9 »
STRASBOURG, boulevard de Strasbourg, 211	par 2 personnes	5 »	» »	» »	» »	» »
	1 personne	4 »	» »	» »	» »	» »
TERMINUS, cours République, 23	10 à 2 personnes	10 »	» »	3 »	2 »	» »
	par 1 personne	6 »	» »	» »	» »	» »
TORTONI, place Gambetta, 1	20 personnes	» »	» »	» »	» »	14 »

N. B. — 60 lits du Lycée de Garçons seront à la disposition des Membres du Congrès moyennant une redevance totale de 5 francs.
300 lits à bord d'un navire de la Compagnie générale Transatlantique et, en ville, chambres meublées de 4 à 6 francs par jour.

NOMINATION DES DÉLÉGUÉS DE L'ASSOCIATION

Candidats proposés par le Conseil d'administration

MM. DESLANDRES, membre de l'Institut et du Bureau des Longitudes, directeur de l'Observatoire de Meudon.

CH. GODON, directeur de l'Ecole dentaire, Paris.

H. SAGNIER, rédacteur en chef du *Journal d'Agriculture pratique*, Paris.

J. TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, associé national de l'Académie de médecine, Lyon.

CAULLERY, professeur à la Faculté des sciences, Paris (en remplacement de M. LAUTH, décédé, sortant en 1916).

E. LEBON, professeur honoraire au Lycée Charlemagne, Paris (en remplacement de M. C. BOURLET, décédé, sortant en 1916).

SAUGRAIN, avocat à la Cour d'appel, Paris (en remplacement de M. CARTAILHAC, élu délégué de la 11e section (Anthropologie), sortant en 1915).

VIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Londres, 3-8 août 1914.)

Nous ne saurions trop insister pour que les dentistes français soient présents en très grand nombre au Congrès de Londres. Il y a une question d'amour-propre et de dignité nationale à montrer aux praticiens de tous pays réunis à cette occasion ce qu'est et ce que peut l'odontologie française. Il convient aussi de répondre à la courtoisie de l'invitation de nos amis les Anglais, qui ne négligent rien pour donner un éclat tout particulier à cette grande réunion internationale.

Adresser sans retard les demandes de renseignements, les adhésions, les cotisations, les titres de communications ou de démonstrations à M. Henri Villain, secrétaire général du Comité national français, 10, rue de l'Isly, Paris.

Tout bulletin d'adhésion envoyé directement à Londres est retourné au Comité national français pour approbation, conformément au règlement des congrès dentaires internationaux.

1re liste d'adhérents.

M. G. André, Paris.
Mme G. André, Paris.
M. Beauregard, Paris.
Mme Berkovitch, Neuilly-sur-S.
M. Bettmann, Lille.
M. Bioux (L.), Paris.
Mme Bioux, Paris.
M. Blanc, Nancy.
M. Blatter, Paris.
M. Borkowski, Neuilly-sur-S.
M. Cagnoli, Nice.
Mme Cagnoli, Nice.
M. Chameau, Paris.
M. d'Argent, Paris.
M. Davenport, Paris.
M. Duncombe, Caen.
M. H. O. Edwards, Biarritz.
M. G. M. Edwards, Biarritz.
M. Fabret, Nice.
Mme Fabret, Nice.
M. Fildermann, Paris.
M. Fourquet, Paris.
Mme Fourquet, Paris.
M. Freeman, Besançon.
M. Godon, Paris.
M. Guebel, Paris.
M. Harwood, Lyon.
M. Hirschfeld, Paris.
M. Hotz, Paris.
M. Houdié, Toulouse.
M. Joly, Calais.
M. Kritchewsky (S.), Paris.
M. Lebedinski, Paris.
M. Legros, Paris.
Mme Legros, Paris.
M. Loyer, Paris.
M. Martin, Paris.
M. Martinier, Paris.
M. Moreau, Châtellerault.
M. Nespoulos, Paris.
M. Pont, Lyon.
M. Robine, Paris.
Mme Robine, Paris.
M. Roby, Niort.
Mme Roby, Niort.
M. M. Roy, Paris.
Mme Roy, Paris.
M. Henry Roy, Paris.
M. Ruppe, Paris.
Mme Ruppe, Paris.
M. Sauvez, Paris.
Mlle Sauvez, Paris.
M. Soulard, Lyon.
M. Thuillier, Rouen.
Mlle Thuillier, Rouen.
M. Tireau, Paris.
Mme Tireau, Paris.
Mlle Tireau, Paris.
M. Tzanck, Paris.
M. Valette, Caen.
Mme Valette, Caen.
M. Verdier, Orléans.
M. Viau (L.), Paris.
M. Vichot, Lyon.
M. Villain (G.), Paris.
Mme Villain (G.), Paris.
M. Villain (H.), Paris.
Mme Villain (H.), Paris.
M. Waldberg, Paris.
M. Walter, Montreuil-sur-S.
M. Walter fils, Paris.

Nouvelle liste de communications.

M. Guebel (Paris) : L'anesthésie générale par le protoxyde d'azote et par le chlorure d'éthyle (Section VIII).

M. Borkowski (Neuilly-sur-Seine) : Tube porte-digue pour le traitement et l'assèchement des racines dentaires (Section III).

M. Fourquet (Paris) : Cas d'hérédité-tératologique dentaire familiale à forme dissemblable et atypique (Section I).

M. Roy (Paris) : L'enseignement scientifique et médical du chirurgien-dentiste doit, comme l'enseignement technique, être donné dans les écoles dentaires (Section X).

Nouvelle liste de délégations.

M. le Dr Pont a été désigné pour représenter la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon ; M. le Dr J. Vichot, pour représenter la Société d'Odontologie de Lyon ; M. Soulard, pour représenter le Syndicat des dentistes lyonnais ; M. Freeman (Besançon), l'Association des dentistes de l'Est et *L'Est dentaire* ; M. Fabret (Nice), le Syndicat des chirurgiens-dentistes des Alpes-Maritimes ; M. Blanc, l'Association amicale des anciens étudiants de l'Institut dentaire de Nancy ; M. Nespoulos, *La Stomatologie.*

Quartier général français

Le quartier général français pendant le Congrès de Londres sera à l'*Hôtel Cecil* où le Secrétaire du Comité national français, M. Henri Villain, se tiendra à leur disposition pour tous renseignements.

Une réunion des congressistes françaises s'y tiendra le lundi 2 août.

Réductions consenties sur les chemins de fer et bateaux, trajet Paris-Londres

1° Réseau de l'Etat (voie Dieppe-Newhahen).

Aller et retour valable un mois.

1re classe : 52 fr. 05, *au lieu de* 85 fr. 15.
2e » : 40 fr. 80, *au lieu de* 61 fr. 15.

2° Réseau du Nord (voie Boulogne Folkestone).

1re classe : 74 fr. 10, *au lieu de* 109 fr. 85.
2e » : 49 fr. 85, *au lieu de* 78 fr. 80.

Excursions

MM. Cook et fils nous informent qu'ils prolongent jusqu'au 25 juillet le délai fixé primitivement au 15 juin pour l'envoi des demandes de chambres dans les hôtels à Londres.

C'est à MM. Cook et fils, 1, Place de l'Opéra, Paris, qu'il y a lieu de demander les billets pour Londres; mais il est indispensable de leur présenter la carte de congressiste pour obtenir la réduction sur le prix.

MM. Cook et fils qui ont organisé, à la demande du secrétaire du Comité national français, M. Henri Villain, une excursion spéciale en Ecosse, dont le détail est ci-dessous, pour un groupe de 10 personnes, sont disposés à organiser une excursion semblable pour un autre groupe de 10 personnes. Prière de se faire inscrire chez eux dès à présent.

Excursion spéciale en Écosse

Samedi 8 août. — Départ de Londres après le déjeuner à 2 h. 40 ; arrivée à Lake Side à 9 h. 20 soir (dîner en cours de route) ; transport et installation à l'hôtel.

Dimanche 9 août. — Séjour à Lake Side (lac de Windermore).

Lundi 10 août. — Départ de Lake Side pour Keswick via Bowness et Ambleside (lacs de Windermere et de Grasmere), déjeuner en route ; arrivée à Keswick pour dîner ; installation à l'hôtel.

Mardi 11 août. — Départ de Keswick pour Glasgow où l'on arrivera pour déjeuner ; installation à l'hôtel. Dans l'après-midi visite en voiture de Glasgow et de ses monuments.

Mercredi 12 août. — Départ de Glasgow le matin pour Edimbourg, par chemin de fer jusqu'à Balloch où l'on prendra le bateau pour atteindre Inversnaid, traversant ainsi le Lac Lomon dans toute sa longueur. A Inversnaid, des voitures attendront les voyageurs pour les conduire au Lac Katrine et aux célèbres Trossachs. On atteindra enfin Edimbourg par chemin de fer en passant par Alberfoyle (déjeuner en route) ; transport et installation à l'hôtel ; dîner.

Jeudi 13 août. — Séjour à Edimbourg, visite de la ville et de ses monuments en voiture.

Vendredi 14 août. — Départ d'Edimbourg pour Inverness, déjeuner en route, arrivée à Inverness le soir. Transport et installation à l'hôtel. Dîner.

Samedi 15 août. — Départ le matin d'Inverness par le canal calédonien pour Fort-William et Bonavie, où s'élèvent les plus hauts sommets de l'Angleterre. Déjeuner en cours de route, arrivée à Oban. Transport et installation à l'hôtel. Dîner.

Dimanche 16 août. — Séjour à Oban. Promenade aux environs.

Lundi 17 août. — Excursion en bateau aux îles de Staffa et Iona, visite des grottes de Fingal. Retour à Oban.

Mardi 18 *août.* — Départ d'Oban pour Glasgow en bateau passant par les sites pittoresques des Kiles de Bute et du canal Crinan. Arrivée à Glasgow, transport et installation à l'hôtel. Dîner.

Mercredi 19 *août.* — Départ de Glasgow pour Londres. Déjeuner dans le vagon-restaurant. Arrivée à Londres.

Prix par personne : 531 francs, basé sur un minimum de 10 personnes voyageant ensemble.

Ce prix comprend :

1° Les billets pour le transport de Londres à Londres, 3me classe en chemin de fer, 1re en bateau.

2° Le logement et la nourriture dans les hôtels de 1er ordre se composent de la chambre (service et éclairage compris), du petit déjeuner, du déjeuner et du dîner (boisson non comprise).

3° Les transports des gares et débarcadères aux hôtels et vice versa.

4° La visite en voiture des villes indiquées au programme, ainsi que les autres voyages en voiture.

5° Les frais de visite, pourboires, entrées dans les musées, églises et autres endroits intéressants visités avec le conducteur.

6° Les pourboires dans les gares, sur les bateaux et voitures et en cours de route, ainsi que tous les pourboires dans les hôtels.

7° Les services d'un guide interprète expérimenté qui veillera à la bonne marche de l'excursion, assurera le bon confort des voyageurs dans les hôtels et en cours de route, supprimant ainsi tous les soucis habituels.

8° Le transport gratuit de 25 kilogs de bagages sur tout le parcours.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

(*Lyon,* 24-28 *septembre* 1914).

L'hygiène en général et l'hygiène dentaire en particulier prenant chaque jour un développement plus considérable, développement en rapport avec les connaissances scientifiques de cette branche de l'art de guérir, il a semblé à quelques spécialistes français qu'un congrès d'hygiène bucco-dentaire devait avoir sa place au milieu des nombreux congrès d'hygiène générale devant se tenir à Lyon pendant l'Exposition internationale de 1914. Une classe

spéciale y a été réservée à l'art dentaire. Ce Congrès aura lieu du 24 au 28 septembre 1914.

Sa préparation se fait sous des auspices extrêmement favorables. D'éminentes personnalités scientifiques lui ont accordé leur haut patronage.

Le Congrès est composé de membres adhérents et de membres associés (famille des congressistes). La cotisation est fixée à 15 francs pour les membres adhérents et à 5 francs pour chaque membre associé.

De nombreux avantages seront accordés aux congressistes. Le Comité d'organisation se préoccupe des fêtes, réceptions officielles et excursions qui pourraient être organisées. Il a sollicité une réduction de 50 pour cent sur les tarifs des chemins de fer français. Un compte rendu des communications et des discussions sera publié après le Congrès et adressé gratuitement à tous les membres.

Les adhésions et les titres des communications, ainsi que la cotisation, devront être adressés au secrétaire général, le Dr J. Vichot, rue de la Barre, 6, Lyon.

CONGRÈS DENTAIRE DU PANAMA-PACIFIQUE

30 *août au* 9 *septembre* 1915, *San-Fransisco.*

Des comités exécutifs pour la préparation de ce Congrès ont été nommés dans presque tous les pays où il existe des sociétés dentaires organisées; sous peu il en existera partout.

Les sociétés suivantes se réuniront à San-Francisco pendant le Congrès : Association dentaire nationale, Société américaine d'orthodontie, Société dentaire du comté du Lac Salé, Association dentaire de l'Etat de Californie, Delta Sigma Delta, Psi Oméga, Xi Psi Phi, dans le nouvel amphithéâtre municipal en construction.

Ce bâtiment, qui coûtera plus de 5 millions de francs, contiendra 10.000 personnes assises dans la grande salle, avec 10 salles plus petites pouvant contenir 400 à 1200 personnes chacune.

Une exposition de fournitures pour dentistes sera annexée au Congrès ; elle occupera le rez-de-chaussée du bâtiment. Il y sera fait des présentations par les exposants. Dans une des petites salles sera organisée une exposition d'hygiène dentaire.

On sait qu'une Exposition internationale aura lieu à San-Francisco du 20 février au 4 décembre 1915. Dès juillet 1914 la plupart des palais seront prêts à recevoir les objets. Leur construction coûtera plus de 250.000.000 de francs.

Cette Exposition et ce Congrès fournissent une occasion toute particulière de visiter les Etats et les villes de la Côte du Pacifique, de voir le Canal de Panama et d'assister à la célébration de son achèvement.

Des réductions de prix par eau et par terre seront accordées pour les transports.

Le montant de la cotisation est de 50 francs pour les congressistes et de 12 fr. 50 pour les membres de leur famille.

Les communications devront parvenir au Comité d'organisation le 1er mai 1915.

Le Congrès comprendra 10 sections :

I. Anatomie, physiologie, histologie.

II. Etiologie, radiographie, pathologie, bactériologie.

III. Chimie, métallurgie.

IV. Hygiène et prophylaxie buccales.

V. Matière médicale et thérapeutique.

VI. Chirurgie buccale.

VII. Orthodontie.

VIII. Dentisterie opératoire.

IX. Prothèse.

X. Enseignement, terminologie, littérature, histoire, législation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DEVANT LE SÉNAT

On sait que M. Maxime Lecomte et plusieurs de ses collègues ont déposé au Sénat une proposition de loi tendant à l'abrogation de la loi du 12 juillet 1875 sur l'enseignement supérieur.

Cette proposition a été renvoyée à l'examen d'une commission qui a nommé rapporteur M. Charles Dupuy. Ce dernier a déposé à la séance du 23 mars dernier son rapport qui conclut au rejet de la proposition.

Nous avons entre les mains ce document duquel nous extrayons les passages suivants.

Ire PARTIE. — LA LOI DE 1875 ET LA LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

« *Voyons quels sont les établissements libres et par conséquent ce qui disparaîtrait avec la loi de* 1875 (p. 17).

. . . .

» 4° Le groupe des écoles dentaires.

» *A Paris*:

» *a*) L'École dentaire de Paris, fondée par le docteur Godon, le » 6 novembre 1880;

» *b*) L'École odontologique, fondée par le docteur Queudot, le 7 » novembre 1883 ;

» *c*) L'École dentaire française, fondée par le docteur Rousseau, » le 7 novembre 1896.

» *A Bordeaux :*

» *a*) Ecole de chirurgie dentaire, fondée en 1895.

» *b*) Nouvelle école dentaire, fondée en 1904.

» *c*) Ecole de chirurgie et de prothèse dentaire, fondée en 1906.

» Ces écoles ont pour elles :

» Les nombreux services qu'elles ont rendus et rendent cha- » que jour par la formation de chirurgiens-dentistes de mieux en » mieux préparés.

» 2° L'heureuse initiative qu'elles ont prise pour suppléer un » enseignement et une préparation qui, jusqu'à ces derniers temps, » ont manqué aux facultés de l'État : à Paris, par exemple, c'est » seulement en 1913 que cet enseignement s'est organisé à la fa- » culté de médecine.

» Elles ont contre elles les dentistes-médecins ou stomatolo-
» gistes qui réclament le doctorat pour l'exercice de la profes-
» sion de dentiste. »

La Commission a trouvé cette prétention excessive ; — nous y reviendrons (p. 23).

2e PARTIE. — L'ENQUÊTE SUR LA SITUATION DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR [1]. SES RÉSULTATS. SES CONCLUSIONS.

. . . .

La dentisterie.

» Votre commission a entendu les représentants des stomatologistes et ceux des chirurgiens-dentistes.

» Les premiers, docteurs en médecine, voudraient qu'on ne pût être dentiste sans être docteur, et ils mettent dans leurs réclamations une âpreté et une vivacité qui n'ont d'égales que celles avec lesquelles leurs adversaires leur ripostent.

» Constatons d'abord que les stomatologistes sont au nombre de 600 environ et que les chirurgiens-dentistes sont plus de 5.000. Qui pourrait consentir à priver les populations des services très appréciés de ces derniers ?

» En second lieu, l'enseignement public de la dentisterie a jusqu'ici été très insuffisant.

» Lisons ce passage du rapport de M. Guignard, qui sert de préambule au décret de réorganisation des études de chirurgie dentaire (11 janvier 1909) : ...... Dans les hôpitaux de Paris, l'installation des services dentaires n'est pas comparable à celle des écoles dentaires libres..... Il fallait donc trouver un moyen de rattacher les écoles libres à l'Administration de l'Assistance publique, de façon à pouvoir faire subir chez elles les épreuves cliniques et pratiques du 3e examen.....

» C'est seulement en 1906 qu'en vertu d'une délibération du Conseil municipal de Paris deux écoles dentaires déclarées d'utilité publique purent être assimilées aux dispensaires de l'Assistance publique.

» La question était ainsi résolue et l'on voit que la loi de 1875, dont ont profité les écoles dentaires, a servi un réel intérêt public et a suppléé l'enseignement officiel, défaillant en l'espèce.

» D'ailleurs, la vie des écoles, des cours libres, est entièrement soumise au contrôle officiel. L'examen de validation de stage (2 ans) se passe devant un jury nommé par le recteur, et formé

1. On se rappelle sans doute que M. Godon a été invité, au cours de cette enquête à donner son avis devant la commission sénatoriale. Nous avons, en son temps, publié sa déposition dans *L'Odontologie*.

de deux docteurs en médecine ou chirurgiens-dentistes exerçant l'art dentaire, avec, pour président, un professeur ou un agrégé de la Faculté. Jury analogue, nommé par le ministre, pour les examens terminaux des deux premières années de scolarité. Quant à l'examen final ou de troisième année, il est subi devant un jury nommé par le ministre et comprenant un professeur ou un agrégé de la Faculté de médecine, président ; deux docteurs en médecine exerçant l'art dentaire ou chirurgiens-dentistes, membres.

» Enfin, disons que la préparation à la profession de chirurgien-dentiste dure cinq ans : deux ans de stage, trois ans de scolarité.

» Quelles garanties pourrait-on exiger de plus ?

» La solution n'est pas d'ailleurs que dans le développement de l'enseignement dentaire public. Jusqu'à ces derniers temps, cet enseignement n'était donné que dans les universités de Nancy, Lille, Bordeaux. Il n'a qu'un an de date à Paris. En présence de ces faits il est permis de dire que la liberté a du bon (p. 154 et 155).

. . . .

» Nous voici arrivés au terme du rapport que la Commission nous a confié.

» Nous avons étudié la question de l'enseignement libre (loi du 12 juillet 1875) et mis en présence sa situation et celle des universités de l'Etat : *nous avons tiré de cette comparaison la certitude que l'Etat n'avait rien à craindre d'une concurrence qui lui a été un stimulant, et jamais, même de très loin, une menace, et nous avons conclu au rejet de la proposition d'abrogation de la loi de* 1875, *présentée par M. Maxime Lecomte* (p. 166).

. . . .

LES CONCLUSIONS ESSENTIELLES DE L'ENQUÊTE.

. . . .

CONCLUSIONS.

» *Sur la proposition de loi de M. Maxime Lecomte et de plusieurs de ses collègues, tendant à l'abrogation de la loi du* 12 *juillet* 1875 *sur l'enseignement supérieur.*

» Pour tous les motifs donnés au cours de ce rapport, nous vous demandons de maintenir la loi de 1875 et de repousser la proposition de M. Maxime Lecomte (p. 169). »

BIBLIOGRAPHIE

Die Morphogenie der Primatenzähne.

Continuant ses études savantes sur la denture des primates, le professeur Bolk, d'Amsterdam, vient de publier chez l'éditeur Gustave Fischer, à Iéna, un nouveau volume « La Morphogenie des dents des primates », qui fait suite à celui dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 15 avril 1913. Entre temps nous avons également publié l'intéressante conférence faite par le même auteur à Amsterdam en 1913 lors de la session de la F. D. I.

Comme on sait, M. Bolk est directeur de l'Institut anatomique de l'Université de cette ville.

Le nouveau volume, de 181 p., avec 61 fig. et 3 pl. (7 marks), comprend une préface, une partie générale consacrée au développement des diverses formes de dents et divisée en 3 chapitres. Le 1er, qui a trait à la différenciation des dents du maxillaire supérieur, est subdivisé en 3 parties : la phase des 3 cuspides, la phase des 6 cuspides, la phase des cuspides doubles, la cuspide de Carabelli ; le 2e est relatif à la différenciation des dents du maxillaire inférieur. Le 3e s'occupe de la nature de la concrescence des dents.

Puis vient une partie spéciale, consacrée à la denture des primates dans son ensemble, avec des remarques générales. Elle est subdivisée en 2 chapitres : l'un, relatif au maxillaire inférieur des primates ; l'autre, au maxillaire supérieur des primates.

L'auteur traite ces questions d'anatomie si délicates avec la compétence qu'on lui connaît et ce que nous pourrions dire dans cette courte analyse n'ajouterait rien à sa valeur ni au mérite de son livre.

Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde für Studierende, Zahnärzte und Ärzte.

Le Docteur Julius Misch, chirurgien-dentiste à Berlin, vient de publier chez l'éditeur Ferdinand Enke, à Stuttgart, un *Traité de la région mitoyenne de la médecine et de la dentisterie à l'usage des étudiants, chirurgiens-dentistes et médecins.*

Ce volume de 1017 pages (36 Marks), illustré de 402 figures, dont plusieurs sont en couleur, est précédé d'une préface et divisé en 9 chapitres : Maladies internes, maladies infantiles, mala-

dies nerveuses, maladies cutanées, maladies syphilitiques, maladies des femmes, maladies du nez, du cou et des oreilles, maladies des yeux, maladies dues à certaines industries.

L'ouvrage de M. Misch, très complet, très étendu, représente une somme de travail considérable. C'est une véritable encyclopédie dans laquelle le praticien peut puiser avec fruit.

Livres reçus.

Nous avons reçu le *Bulletin du 6e congrès national d'assistance publique et privée* qui s'est tenu à Montpellier le 1er juin 1914.

Processus de calcification de l'émail et de la dentine (en anglais), par J. Howard Mummery, de Londres, brochure de 19 pages avec 2 planches.

La dentisterie moderne est-elle une spécialité distincte de la médecine ? (en allemand) par Otto Zsigmondy, de Vienne, brochure de 22 pages.

52e *rapport annuel de la Société des chirurgiens-dentistes autrichiens* (1912-1913) (en allemand), brochure de 36 pages.

Proposition de l'introduction d'une hygiène dentaire rationnelle scolaire et domestique (en allemand), brochure de 8 pages, par M. Jessen, de Strasbourg.

11e *rapport de la clinique dentaire scolaire municipale de Strasbourg* (en allemand), du même auteur.

NÉCROLOGIE

Booth Pearsall.

Nous apprenons tardivement la mort de M. William Booth Pearsall, à l'âge de 69 ans.

Fils d'un dentiste, dentiste lui-même, il était né à Dublin en 1845; il fut un des fondateurs de l'hôpital dentaire d'Irlande. Secrétaire de la branche irlandaise de l'Association dentaire britannique, il a publié notamment un traité de prothèse dentaire.

C'était un dessinateur et un peintre réputé et un amateur de sport maritime. Il est le créateur du Cercle des dessinateurs et du Cercle des arts de Dublin. Il organisa à Dublin en 1884 une exposition des œuvres du peintre anglais James Mac Neil Whistler.

Il rapportait des études de tous les pays qu'il visitait : l'Europe, les Etats-Unis, le Canada, le Maroc, les Iles Canaries.

Il s'était adonné à l'étude de la métallurgie dentaire et il fit, notamment au Congrès de 1900, à Paris, des communications très scientifiques sur ce sujet.

C'est un homme d'une grande valeur qui disparaît.

NOUVELLES

Société d'odontologie de Paris.

La Société d'odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le 7 juillet 1914. Elle a entendu les communications suivantes :

1° Tube Porte-Digue pour le traitement et assèchement des racines des dents, par M. Borkowski.

2° *a*) Fracture du maxillaire supérieur, présentation du malade.

b) Note sur un cas de stomatite mercurielle, par M. Roy.

3° Considérations sur l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène, par M. Jeay.

Au cours de la séance le Président a fait part aux membres de l'invitation de M. Anéma, président de la Société d'orthodontie d'Europe, à assister au Congrès que tiendra cette Société à Paris, à l'Hôtel Continental, le 1er août.

Cercle odontologique de France.

Le *Cercle odontologique de France* a tenu sa réunion mensuelle le jeudi 25 juin 1914, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes pour entendre les communications suivantes :

1. — Quelques considérations sur la membrane alvéolo-dentaire (Dr Siffre).

2. — Quelques cas de résorption des racines des dents permanentes (M. Choquet).

3. — Amputation radiculaire des molaires pour cas de bridge (M. Paul Jean).

4. — 4e Degré. Le traitement en une ou deux séances (M. Hugot).

5. — Cas de tératologie dentaire familiale à forme atypique (Présentation des sujets) (M. Fourquet).

6. — Evolution et apparition des canines de 29 à 69 ans (M. Joyeux).

Manifestation de sympathie.

Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a décidé de se faire représenter au banquet donné en l'honneur de M. Johnson, de Chicago, que nous avons annoncé dernièrement.

Mariage.

Le mariage de notre confrère Mlle Charlotte Ladevèze, chirurgien-dentiste, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Albert Schaff, a été célébré le 2 de ce mois.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Exemple à suivre.

Le journal *The Times*, du 25 juin 1914, annonce que M. Edwin Tate, demeurant Park Street, Park Lane, à Londres, a fait don à l'hôpital Saint-Barthélemy de 125.000 francs, dont le revenu est destiné à permettre de poser des dents artificielles aux indigents en ayant besoin jusqu'à concurrence de la moitié du prix. Celui-ci ne sera payé que quand le dentiste ayant adressé le sujet à l'hôpital aura certifié que ces dents sont satisfaisantes.

Un fort dentiste.

Si fort, que le 7 mars, il passa en justice à Londres, quartier de Saint-Pancras, pour avoir accidentellement tué un de ses clients d'un coup de davier appliqué sur une molaire. Le pauvre diable, tuberculeux avancé, avait 22 ans, une base du crâne et des premières vertèbres cervicales peu résistantes. En extrayant la molaire, le dentiste fort fractura la colonne vertébrale en deux endroits différents ; la mort fut presque instantanée. Le jury a rendu un verdict de décès accidentel.

A propos d'un vol chez un dentiste, on découvre une escroquerie à l'accident du travail.

Le Matin raconte l'histoire ci-dessous résumée :

Cambriolage chez M. L., dentiste, avenue Laumière, nuit du 6 août 1913. Vol de 5.000 francs. Arrestation de Mlle Th. Faucher, puis de Louis Sillard, voleurs et par surcroît escrocs à l'accident du travail. Quand on va pour arrêter Sillard, il mange du papier ! Ce papier est compromettant pour le docteur V... Le confrère ? ? avait délivré au Sillard des certificats de maladie, sans avoir examiné lui-même le malade, des ordonnances, etc., par pure complaisance.

La huitième chambre, présidée par M. Flory, statuait donc à la fois sur le vol commis chez le dentiste, M. L. ; savoir, contre Th. Faucher, Louis et Gaston Sillard, les voleurs ; sur l'escroquerie à l'accident du travail contre les mêmes et le docteur V... (ce dernier uniquement pour complicité d'escroquerie à l'assurance). Actuellement malade, l'affaire a été disjointe pour lui.

Les voleurs ont pris 8, 15 mois de prison ; Gaston Sillard, mineur de 16 ans, a été rendu à sa famille. On aurait mieux fait de le mettre en correction.

34e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1914 VOL. LII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. NEZ ARTIFICIEL CONSTRUIT D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE HENNING PHOTOGRAPHIES DU SUJET TRAITÉ

Par M. P. MARTINIER,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Présentations à la Société d'Odontologie de Paris*, 7 avril 1914.)

Ceux d'entre vous qui assistaient à la séance du mois de mai de l'année dernière, dans laquelle le prof. Warnekros nous a fait deux présentations, ont pu voir un patient porteur d'un nez artificiel.

Vous savez que dans les restaurations faciales un des points les plus difficultueux au point de vue de l'esthétique était justement la restauration des nez. On a employé beaucoup de substances pour y réussir, depuis le nez d'ivoire en passant par le caoutchouc jusqu'à la céramique. On n'avait pas trouvé cependant une matière donnant complète satisfaction aux dentistes chargés de ce genre de restauration.

Lorsque notre éminent confrère Warnekros est venu nous faire sa communication, il nous a parlé de la restauration faciale, particulièrement du nez, et nous a présenté un cas.

Tout le monde a trouvé ce procédé extrêmement intéressant.

Notre confrère Pont, de Lyon, a eu l'occasion d'appliquer à un malade un nez de ce genre.

Dans une correspondance que j'ai échangée avec lui à ce propos il m'a prié de présenter à la Société d'Odontologie les photographies du cas qu'il avait traité, grâce à cette méthode extrêmement simple, pratique et qui donne des résultats qu'on peut qualifier de merveilleux. En même temps il joignait un spécimen d'un nez confectionné avec cette matière gélatineuse que voici.

Les appareils construits à l'aide du nouveau procédé sont nettement supérieurs à tous les points de vue aux appareils construits jusqu'à ce jour avec les différentes substances que nous avons passées en revue.

Les qualités de cette nouvelle substance paraissent répondre d'une manière parfaite à toutes les exigences de la pratique.

Ses avantages principaux sont les suivants :

a) La simplicité et la rapidité du procédé.

b) L'esthétique se rapprochant de la perfection, tant au point de vue de l'aspect qu'au point de vue de la forme et de la consistance.

Les nez construits d'après ce procédé se rapprochent même d'une façon parfaite des caractères des tissus humains, sont dépressibles sans se déformer ; le toucher même donne la sensation de tissus réels.

c) Leur adaptation et leur adhérence sont irréprochables, et ces nez artificiels, quels que soient leur forme, leur volume et leur étendue, tiennent sans qu'il soit nécessaire d'employer d'appareils de contention, appareils qui étaient généralement, avec les anciennes méthodes, difficiles à combiner et à construire et étaient souvent mal supportés par le malade.

Leur construction se résume à prendre une empreinte et à opérer comme si l'on voulait construire un nez en cire. On fait donc un moule se rapportant le plus possible à l'ensemble de la physionomie et l'on coule sur moule la pâte de Henning.

Cette dernière est une substance gélatineuse, mobile, que le patient lui-même peut refondre souvent et utiliser ensuite

à nouveau. Il suffit pour cela de lui donner son moule et la matière de Henning.

Un autre point original de cette méthode réside dans le moyen de fixation : le nez artificiel une fois modelé est simplement collé sur la peau à l'aide d'une substance spéciale.



Fig. 1. — Avant la restauration.

Je vais vous faire passer le nez qu'a confectionné le Dr Pont. Vous verrez qu'il y a jusqu'à des points noirs sur ce nez. On imite admirablement la nature.

Notre confrère Pont a présenté ce cas à la Société des chirurgiens de Lyon et il a été très apprécié.

Malheureusement il est très difficile de se procurer cette matière en Erance.

Un de nos fournisseurs a fait des démarches dans ce but, mais il n'a pas pu en avoir.

M. Pont a été plus heureux puisqu'il m'envoie un échantillon de cette substance. C'est la matière qui nous permet d'approcher le plus possible de la nature.



Fig. 2. — Après la restauration.

Vous avez vu le malade présenté par le prof. Warnekros. Vous voyez maintenant qu'un de nos confrères, du premier coup, au premier essai, a réussi superbement dans son premier cas. C'est donc par conséquent une méthode extrêmement pratique et qui doit être vulgarisée très rapidement.

II. APPLICATION D'UNE BAGUE FENDUE POUR UN BRIDGE

Par M. P. Martinier.

En faisant rentrer cette présentation dans les incidents de la pratique journalière, je voudrais vous montrer ce bridge amovible, parce que j'ai été mis à une dure épreuve le jour où j'ai voulu faire une application d'une bague fendue pour un bridge. J'ai suivi la méthode de M. Léger-Dorez : la méthode de la couronne du bridge fendue à clapets et je me suis trouvé devant une grande difficulté pour le placer dans la bouche. J'ai donc cherché à modifier la combinaison de notre confrère pour la rendre plus pratique.

Je vous présente ce soir une bague fendue avec un pivot taraudé et un écrou qui offre sur la bague fendue de M. Léger-Dorez un gros avantage, celui de rendre extrêmement pratique le montage et le démontage de la dent. Vous avez un bridge que vous pouvez démonter en cinq minutes avec ce procédé.

Je n'ai pas besoin d'avoir une très grosse épaisseur parce que la couronne de la dent doit former un renfort extrêmement solide.

REVUE DES REVUES

A PROPOS DES CAUSES PROBABLES DES ANOMALIES DENTAIRES PAR DÉFAUT

Par le Dr Vichot,

Professeur à l'Ecole dentaire de Lyon.

Comme nous l'avons énoncé dans notre thèse inaugurale, le terme de régression doit être employé dans le sens d'évolution régressive, comme l'admettent les zoologistes et les anatomistes. Cette évolution régressive a amené l'adaptation de certains organes à d'autres fonctions ou leur amoindrissement, qui peut aller jusqu'à leur disparition. Nous avons insisté sur cette définition, car quelques auteurs ont employé ce terme de régression pour déterminer certaines anomalies de position des dents par rapport à l'arcade dentaire. La régression dentaire n'est donc qu'un point très limité de l'évolution régressive des organes constatés chez les vertébrés. Nous avons été le premier à employer les termes de régression et de pseudo-régression pour désigner les anomalies dentaires par défaut. Depuis, certains auteurs, séduits, sans doute, par l'originalité de la question, ainsi présentée, n'ont pas craint de s'approprier, par le fait, cette définition dans leurs publications en copiant textuellement quelques paragraphes de notre travail (voir *Odontologie* du 15 janvier 1912) [1] sans indication d'origine ni de nom d'auteur.

Qu'un travail sur un sujet déjà étudié voie le jour et que des idées nouvelles soient émises, rien de mieux, au contraire ; tout auteur consciencieux, mais respectueux des travaux antérieurs, en indiquant l'origine et l'auteur de ses citations, doit le désirer, pour la recherche de la vérité et les progrès de la science. Ceci étant dit, j'arrive au sujet de ma communication.

Les causes des anomalies par défaut sont nombreuses et l'on ne peut invoquer, même pour les incisives latérales supérieures,

---

1. Contrairement à ce qu'il peut sembler résulter de ce renvoi à l'un de nos numéros, *LOdontologie* n'a aucune rssponsabilité dans le plagiat dont se plaint l'auteur. D'une part, en effet, c'est dans sa Revue des Revues (V. *Odontologie*, 30 novembre 1911) qu'elle a fait paraître l'article visé par M. Vichot ; d'autre part (30 janvier 1912) nous avons nous-m ëme signalé le plagiat en question, dans la bibliographie consacrée à l'ouvrage de M. Vichot.

N. D. L. R.

une seule cause : la tuberculose. Les cas cités par notre confrère le docteur Therre paraissent assez nets. Dans l'observation nº 1, il est certain que l'absence de deux incisives latérales chez trois enfants nés après une pleurésie tuberculeuse de la mère, morte après la naissance du septième, surtout quand les quatre autres enfants nés avant ne présentent pas cette anomalie, peut faire songer à la tuberculose.

Dans les observations 1 et 3, on peut de même supposer que la tuberculose est une des causes de la régression. Mais on ne peut, sur un ensemble de trois observations, édifier une théorie générale, bonne en soi, c'est vrai, puisqu'elle fait partie des troubles de nutrition, de moindre résistance de l'individu et de déchéance organique, mais pas absolument démontrée. Dans notre statistique personnelle portant sur 22 observations nous n'avons pas trouvé de cas de tuberculose ou de prétuberculose et chaque sujet a été examiné avec soin, soit au point de vue héréditaire, soit au point de vue personnel.

La disparition de l'incisive latérale est assez fréquente et nombreux sont les sujets porteurs de cette anomalie dans les familles desquels il n'y a jamais eu de tuberculose. De même, dans un grand nombre de familles ayant eu ou ayant des membres tuberculeux, on ne constate sur aucun cette régression.

Comment expliquer en effet par la tuberculose la disparition de la dent de sagesse dans certaines familles et dans certaines races, comme l'a mentionné Mantegazza ? Dans la race romagnole, par exemple, race très brachycéphale, où le sang gaulois a laissé de fortes traces, l'absence de la dent de sagesse est de règle.

Darwin a été amené à dire que la dent de sagesse était en voie de disparition. L'absence de plus en plus fréquente de cette dent est donc un signe d'évolution régressive. Cette variation tend bien à constituer un type spécial qui s'est transmis. C'est par hérédité, par régression de la face, que cette dent a disparu et pourra être considérée par nos descendants comme un organe rudimentaire. La marche progressive, si l'on veut, de cette évolution régressive est bien nette quand on constate dans certaines familles, sur plusieurs générations :

1º La présence de dents de sagesse presque normales, puis, sur la génération suivante, des dents atrophiées, naines, en grains de riz, et enfin, la régression totale sur la 3e génération.

Or, comment admettre que, la dent de sagesse étant en voie de disparition, par suite d'évolution régressive, la dent la plus fréquemment absente après elle, l'incisive latérale supérieure, disparaisse uniquement par suite de tuberculose ?

Nous savons que les variations du nombre des dents sont plus

fréquentes dans la race blanche que dans les races de couleur, dans les races élevées que dans les races inférieures. Il est donc évident que l'évolution régressive du système dentaire obéit aux lois régissant l'évolution progressive des espèces et, en particulier, de l'hérédité.

Comme l'a dit le professeur Bolk, d'Amsterdam, trois de nos dents, l'incisive latérale supérieure, la deuxième prémolaire et la dent de sagesse sont de nature régressive. Cette variation, dit-il, est de nature progressive, c'est-à-dire a l'air de tendre à un type spécial de dentition. C'est ce qu'il a exposé dans sa théorie de la réduction terminale des séries de dents, que l'on peut mettre en parallèle avec la théorie de Geoffroy-Saint-Hilaire, qui dit que : les variations numériques des organes sont d'autant plus fréquentes que les organes sont disposés en séries plus nombreuses ou avec les théories de Bateson : dents qui commencent ou finissent les séries, ou de Le Double : anomalies diverses portant sur les organes ayant la même origine embryologique et dont le développement est synchrone.

Quand on examine des mâchoires humaines des époques les plus reculées en partant du pithécanthrope de l'époque tertiaire dessiné en profil par le Dr Manouvrier pour la société d'anthropologie de Paris, on constate déjà chez l'homme quaternaire de Heidelberg un léger progrès : les mâchoires sont moins proéminentes. L'homme de Galley Hill présente, lui, une grande amélioration, développement de la boîte crânienne et régression des mâchoires. Cette évolution se remarque sur les débris de l'époque moustérienne, moins accusée peut-être sur les crânes de Néanderthall ou de la Chappelle-aux-Saints pour nous amener aux époques préhistoriques et néolithiques où nous trouvons le type humain à aspect moins bestial.

Si, par les documents que nous pouvons avoir sur l'origine de l'espèce humaine, nous avons constaté sur des différents types découverts jusqu'à ce jour, et étudiés par les plus éminents anthropologistes, une régression nette du massif maxillaire, cette régression a été constatée de nos jours, dans les races occupant des degrés différents de l'échelle de la civilisation. Les statistiques donnent en effet 19 0/0 des cas d'absence de la dent de sagesse chez les races inférieures et 42 0/0, plus du double, chez les races supérieures. Ces chiffres montrent bien l'évolution nettement régressive de cette dent.

Examinons les causes probables de la régression dans la série animale. Serait-ce aussi la tuberculose qui produirait l'anomalie de volume et de nombre chez les animaux domestiques ? Nous ne le croyons pas. Citons comme exemples : 1° le porc domestiqué

comparé au sanglier, chez lequel on constate une atrophie de butoirs par rapport à ceux que l'on observe à l'état sauvage ; 2° chez le cheval et le chat adulte cités par Magitet ayant l'un, une pince gauche en moins et 5 incisives au lieu de 6 et l'autre chez qui il a constaté l'absence de la 1re molaire supérieure gauche ; 3° dans certaines races de chiens, les chiens nus, chez lesquels le système pileux est absent sur la totalité du corps, sauf sur le sommet de la tête et qui présente un système dentaire très réduit.

Ce fait, auquel Darwin attache une grande importance, est attribué à la dégradation de la race. Les dents perdraient en effet, chez ces animaux, toute régularité, toute symétrie dans le nombre. Les canines disparaîtraient, les molaires seraient en petit nombre, les incisives elles-mêmes pourraient manquer.

Il nous semble que les causes de cette régression sont multiples : Nous pouvons invoquer :

1° Le mode de vie (rongeurs, ruminants) ;

2° La domestication (porc comparé au sanglier) ;

3° La dégradation de la race (chiens sans poils).

Chez l'homme, nous avons examiné tout d'abord la relation du système dentaire avec le système pileux, puis la relation avec le mode vie. De nombreux auteurs, dont Guericke, Thurnam, Sedgwick, Hugenschmidt et récemment L. Lévi et H. de Rotschild et peut-être d'autres encore que je m'excuse de ne pas citer, ont rapporté quelques cas de calvitie héréditaire accompagnée d'un défaut total ou partiel des dents. Cette relation n'est pas constante ; en effet, Magitet cite 2 cas de régression dentaire correspondant à un développement exagéré du système pileux.

Quant au genre de vie et au régime, ils ont eu, à notre avis, l'un et l'autre, chez l'homme, comme chez les animaux, une influence sur la régression dentaire.

En effet, on constate que le développement de l'état de civilisation chez l'homme paraît en relation avec la diminution de volume des maxillaires d'abord, des dents ensuite. Ceci se comprend, car elles perdent quelques-unes de leurs fonctions primitives : elles ne servent plus à défendre l'individu, ni à déchirer les aliments dont la préhension et la division ne se font plus au moyen des lèvres et des dents, mais à l'aide de divers ustensiles. Les aliments étant moins grossiers et mieux préparés nécessitent un travail de mastication moins prolongé et plus facile. Actuellement, les dents fournissent un effort plus réduit et, par suite de l'adaptation à la fonction, tendent à régresser quant au volume et quelquefois quant au nombre (dent de sagesse). Le développement de la civilisation a entraîné l'évolution régressive pour les

dents, comme pour certains autres organes. Pour étudier les causes de la régression dentaire propres à l'homme, il est nécessaire de rappeler quelques considérations embryogéniques.

Au moment où les traces de follicules dentaires vont apparaître chez l'embryon, les mâchoires sont occupées par un bourrelet épithélial qui s'enfonce verticalement dans l'épaisseur des tissus ; c'est la crête dentaire qui donne naissance aux bourgeons dentaires. La régression est due à l'atrophie de certains de ces bourgeons. A quoi peut-on rapporter primitivement cette atrophie ?

Nous admettrons :

1° Des facteurs primaires :

a) *Compression* ;

b) *Troubles pathologiques* ;

c) *Influence de certaines glandes à sécrétion interne.*

2° Des facteurs secondaires, dont le plus important est l'hérédité.

Facteurs primaires. — 1° *Compression.* — L'évolution régressive de la face est très nette, depuis l'homme préhistorique jusqu'à l'homme moderne. Les maxillaires du premier sont volumineux et prognathes ; ces caractères diminuent à mesure que l'on s'élève vers les races supérieures. Les maxillaires ont donc régressé et, avec eux, le volume et le nombre de certaines dents. Cette diminution de volume est mise en évidence par Choquet dans la proposition suivante : « Les dents des hommes contemporains voient toutes leurs dimensions subir une diminution notable en raison directe du degré de civilisation ».

Preiswerk donne, comme cause de la régression dentaire, la civilisation. Par suite du défaut de place, les races civilisées semblent présenter héréditairement des maxillaires trop petits. C'est aussi l'opinion de Sternfeld et de Warnekros, mais Rutimeyer pense que les dents se transforment moins rapidement que leur entourage. Nous aurions ainsi hérité des dents de nos ancêtres et des maxillaires de nos parents. Walkhoff l'a d'ailleurs démontré par l'embryologie. On constate, en effet, au moment de l'éruption de la seconde dentition, une grande irrégularité de position des germes des dents permanentes. Ce fait ne se rencontre que chez les peuples civilisés ; chez les peuples sauvages, il y a une régularité absolue.

Si, étant donné un élément embryonnaire, on met obstacle à son développement en exerçant une pression constante sur ce germe, son accroissement subira un temps d'arrêt. Nous reportant au développement des dents, nous pouvons supposer que les bourgeons dentaires, au moment de leur formation, subissant une compression quelconque, se résorbent partiellement ou totalement.

Cette compression agira, soit sur la dentition temporaire (dans ce cas, les deux dentitions peuvent présenter la même anomalie), soit sur la dentition permanente (cas le plus fréquent), selon l'époque embryologique à laquelle le phénomène se produit. Si, à un moment donné, avant qu'il n'y ait dégénérescence complète, l'obstacle disparaît, le développement de l'organe recommence, laissant à celui-ci les traces de l'arrêt qu'il a subi. C'est ce qui se passe pour certaines dents qui, restant incluses pendant de nombreuses années, évoluent, un jour, marquées par des stigmates de dégénérescence.

Par ce qui précède, nous voyons que la pseudo-régression est produite par le manque de place dû à l'arrêt de développement des maxillaires. Cet arrêt de développement amène la compression des germes dentaires et, le plus souvent, la persistance des dents temporaires. Ces dents peuvent en effet demeurer en place pendant de longues années jusqu'au jour où, usées et détériorées par un service trop prolongé, elles s'éliminent par suite de caducité et de moindre résistance. A ce moment alors, si les dents permanentes sont incluses, elles évoluent, mais généralement dans des conditions défectueuses, n'ayant pas assez de place pour leur développement noral. La dent de sagesse inférieure étant celle qui manque le plus souvent subit plus que toute autre l'influence de la compression. Situé entre la branche montante du maxillaire et la deuxième molaire, le follicule de cette dent, par suite de l'évolution régressive des maxillaires, est de plus en plus comprimé et finit de s'atrophier et disparaît par résorption totale.

La compression peut également être mise en cause pour expliquer l'absence fréquente de l'incisive latérale supérieure. Nous reportant au développement du maxillaire supérieur, nous savons, depuis les théories les plus modernes admises sur la formation de cet os, que la fente entre le bourgeon nasal interne et le bourgeon maxillaire, d'après la théorie de Coste, passe au milieu de l'alvéole de l'incisive latérale, ou, en admettant la théorie d'Albrecht, que la fissure alvéolaire passant entre l'intermaxillaire interne (endognathion) et l'intermaxillaire externe (mesognathion) le défaut de soudure se trouvera donc ordinairement entre le bourgeon nasal interne et le bourgeon nasal externe.

Si ce point de jonction des deux bourgeons explique la division folliculaire et la formation du bec-de-lièvre et fréquemment d'une dent supplémentaire, il pourra également expliquer l'absence de cette dent par compression du follicule. C'est la théorie que nous pouvons également admettre pour expliquer la régression de l'incisive centrale supérieure.

De même, pour la régression des incisives inférieures, nous

pourrons, connaissant le développement du maxillaire inférieur, supposer que, dans le cours de la première année, la soudure des deux fragments du maxillaire ne s'est pas faite normalement et a amené par compression la disparition des bourgeons des incisives. C'est un phénomène parfaitement saisissable et bien connu en physiologie pathologique, que la compression d'un organe en amène une fonte véritable. On comprend facilement qu'un follicule quelconque comprimé se résorbe et disparaisse. Quant au fait intime de la résorption proprement dite, il peut être expliqué de la même manière que la résorption d'autres tissus, ou éléments normaux ou pathologiques ou de débris organiques. Ces débris, agissant comme des corps étrangers, sont le centre d'une activité phagocytaire plus intense, qui les fait disparaître.

2° *Troubles pathologiques.* — L'atrophie est un arrêt de développement local dû à un ralentissement de la nutrition. Les causes pathologiques peuvent être traumatiques : fracture du maxillaire ; constitutionnelles : rachitisme, alcoolisme, tuberculose, syphilis ; destructives : inflammation des maxillaires. Les tumeurs : sarcomes, kystes, exostoses, etc., peuvent détruire complètement la dentition par déplacement et disparition des folliecules permanents.

Kjaer, de Copenhague, cite un cas d'absence totale de la dentition permanente chez un sujet de vingt-six ans, dont les parents n'étaient pas syphilitiques, ni tuberculeux. Cette régression totale et étendue peut donc être due à un trouble quelconque de la vie intra-utérine, car il n'y a pas hérédité, aucun cas semblable n'ayant été signalé dans la famille du sujet. Black attribue l'atrophie à une maladie privant de nutrition les dents en voie d'évolution. Hutchinson, Fournier, Buisseret, etc., l'attribuent à la syphilis héréditaire, Magitot, à l'éclampsie.

Ce sont donc les causes de dénutrition de la mère, du fœtus ou de l'enfant au début de la vie, qui produisent l'absence congénitale des dents. Toutes les maladies infectieuses peuvent aussi être invoquées, la fièvre typhoïde, par exemple ; c'est le fait rapporté dans une de nos observations relatant un cas de régression unilatérale de l'incisive latérale supérieure, constatée sur un sujet très bien constitué, de parents en excellente santé, pas de spécificité ni de tuberculose et ayant eu une fièvre typhoïde grave à l'âge de quatre ans.

Pendant la période de formation des follicules dentaires toute affection aura un retentissement sur le système, en amenant un trouble de nutrition. L'alcoolisme, les accidents gravidiques, les auto-intoxications, le rachitisme, l'albuminurie, y compris la tuberculose et la syphilis, et, en général, toutes les maladies infec-

tieuses, sont autant de causes de non-formation ou de résorption des follicules dentaires.

Les anomalies vasculaires, comme l'a démontré Jaboulay *(Lyon Médical*, 1899 ; *Traité de Chirurgie et Province Médicale*, 1891*)* peuvent être la cause de certaines anomalies que l'on peut expliquer par des modifications congénitales au mode de vascularisation des os par défaut d'anastomose vasculaire. Ce défaut d'anastomose peut, en effet, donner naissance à des processus d'atrophie.

Nous pouvons penser que peut-être, dans certains cas, la régression dentaire est due à une anomalie osseuse de cause artérielle, par exemple, un retard dans la soudure des bourgeons maxillaires supérieurs.

3° *Influence des glandes à sécrétion interne.* — Les sujets atteints d'insuffisance ou d'absence de certaines glandes endocrines, et en particulier du corps thyroïde, sont des hypothyroïdiens, ou des athyroïdiens. L'hypothyroïdie et l'athyroïdie produisent le myxoedème, caractérisé par l'arrêt de développement général de tout l'organisme. Le malade qui en est atteint ne se développe pas, est de petite taille, garde l'aspect infantile ; son intelligence est en général faible, son système pileux à peu près nul ; très peu de cheveux. Le système dentaire suit également cet arrêt de développement, et de nombreuses dents peuvent ne jamais apparaître.

Si certaines dents peuvent ne jamais apparaître chez les individus atteints d'insuffisance thyroïdienne, d'autres peuvent faire leur éruption sous l'influence du traitement thyroïdien (observations de L. Lévi et H. Rothschild). C'est alors de la pseudo-régression, car les dents étaient probablement (dans les cas cités par ces deux auteurs) formées, mais n'avaient pas évolué complètement, par suite de l'arrêt de développement général de l'organisme.

Facteurs secondaires — Hérédité. — Les facteurs primaires créent les variations ; l'hérédité semble les fixer. Nos données ne nous permettent pas de rechercher la genèse primordiale des régressions héréditaires.

On sait, d'après quelques observations, que l'absence de certaines dents peut devenir un caractère transmissible pendant plusieurs générations. Cette hérédité de réduction dentaire peut apparaître, en même temps, que certaines particularités anatomiques ou malformation d'un organe ou de divers organes : myopie, astigmatisme, etc... L'anomalie dentaire peut se produire soit sur la même région du maxillaire, soit sur des dents différentes. Cette hérédité tend donc à constituer un type spécial de dentition qui se transmet aux descendants. Chez l'homme, le type actuel n'est composé que d'une dentition permanente, alors qu'il existe encore d'autres dentitions cachées (Adloff, Traces d'une dentition prélac-

téale chez l'homme, *Deutsche Monatsschrift fur Zahnheilkunde*, novembre 1909).

C'est à la suite de la limitation du nombre des dents que s'est produite la disparition de la dent de sagesse dans certaines races (Mantegazza) et que s'est transmise, pendant plusieurs générations, la régression de l'incisive latérale supérieure.

L'hérédité peut être pathologique, c'est-à-dire que l'anomalie se produit par suite d'infection ou d'intoxication des parents : syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc... qui représentent les facteurs primaires des variations. Les cas d'hérédo-syphilis, que Fournier et d'autres auteurs ont déjà signalés et que nous avons décrits, entre autres l'observation portant sur six dents de la mâchoire supérieure avec kyste radiculo-dentaire, nous montrent évidemment que cette infection joue un rôle dans la production des anomalies dentaires par régression ; mais ces cas sont peu nombreux.

Nous sommes donc loin d'admettre que l'absence de dents est toujours d'origine syphilitique. La tuberculose et l'alcoolisme produisent chez les descendants une dégénérescence de l'organisme, par conséquent peuvent quelquefois également, mais non toujours, être invoquées comme causes de la régression.

Nous conclurons donc en disant : 1° que la régression dentaire paraît être en relation avec le degré de civilisation dans les différentes races humaines ; 2° que les différents troubles pathologiques amenant la dénutrition du fœtus et de l'enfant au début de la vie sont des causes importantes et fréquentes de régression ; 3° qu'elle semble être le résultat de l'action de divers facteurs : compression, troubles pathologiques, etc... L'hérédo-syphilis pas plus que la tuberculose n'en sont donc pas les principales causes.

Enfin cette anomalie devient manifestement héréditaire et tend à constituer un type spécial de dentition dans certaines familles (incisive latérale supérieure et prémolaire).

Nous n'avons jamais dit que l'hérédité était la cause de cette régression. Nous avons dit que les facteurs primaires cités plus haut créaient les variations et que l'hérédité semblait les fixer.

REVUE ANALYTIQUE

Dentisterie scolaire.

M. Frederic Breese, de Londres, a examiné des enfants des écoles immédiatement après le repas et a fait les constatations suivantes :

1° Les résidus alimentaires restés dans la bouche après un repas fait en commun par plusieurs sujets varient suivant ceux-ci ;

2° Ces résidus se logent principalement dans les cavités cariées ;

3° Il semble y avoir un rapport entre l'absence de carie et la faculté de se débarrasser plus ou moins rapidement de ces débris. En d'autres termes les enfants sans carie quittent le réfectoire avec des bouches qui deviennent rapidement propres, et cela permet de comprendre la nature de la barrière qui s'oppose à la carie.

(*Brit. Dent. Journ.*, 16 juin 1913.)

Obsession d'un aliéné de s'arracher les dents.

Le Dr Allaman, médecin de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne, relate le fait suivant, que nous résumons en l'empruntant à La Clinique *du 22 septembre 1913* :

B... Charles, né le 16 novembre 1868 dans les Vosges, garçon de ferme, entre à l'asile le 23 février 1906.

Père et mère nerveux, décédés ; une cousine internée pour folie hystérique.

N'a jamais eu de maladie, grande endurance physique, victime à deux reprises de deux accidents graves aux mains.

A la suite d'excès de boisson ses facultés intellectuelles s'affaiblirent en partie, un jour il manifesta une vive agitation ; on fut obligé de l'interner.

Son état s'étant amélioré, on jugea qu'il pouvait quitter l'asile (20 octobre 1906).

Repris d'agitation maniaque il fut interné de nouveau le 22 octobre 1906.

Depuis l'âge de 15 ans il se livrait à la masturbation, de 2 à 7 fois par jour. Depuis qu'il a quitté le régiment il n'a plus voulu par avarice avoir aucun rapport avec une femme. Plus il buvait d'alcool, plus il augmentait le nombre des masturbations. Depuis qu'il est à l'asile il s'y livre moins, mais n'a jamais cessé de le faire une fois chaque soir.

Il avait l'haleine fétide et des dents cariées ; mais ne voulait pas faire usage de dentifrice à cause de la dépense et à cause de l'ennui de se nettoyer les dents tous les jours. Désireux de se marier, il avait été refusé antérieurement par plusieurs jeunes filles à cause de la fétidité de son haleine. Aussi résolut-il de s'arracher lui-même les

dents. Il parvint à s'emparer d'un davier dans l'armoire de la salle d'instruments et, allant se cacher dans une salle inoccupée, le 13 mars 1913, il s'arracha lui-même, d'une façon parfaite 13 dents (dont 3 cariées à la mâchoire inférieure). Il avala le sang pour ne pas laisser de trace de son opération.

A 4 heures 1/2 au coup de la cloche de la corvée il sortit de sa cachette pour prendre part au travail, jetant ses dents dans les cabinets d'aisance. A 7 heures il se mit à table avec les autres aliénés, mangea de la soupe et du macaroni.

Le lendemain dans l'après-midi et dans les mêmes conditions il s'enleva les 16 dents toutes bonnes qu'il avait à la mâchoire supérieure (Au total 29 dents).

On ne s'aperçut de l'opération que deux jours après, parce qu'il bredouillait en parlant. Sa mauvaise haleine a disparu.

Importance de l'occlusion normale.

Dans une étude sur ce sujet M. Milo Hellmann, de New-York, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les tissus mou ne sont pas influencés par les tissus durs ; c'est l'inverse. Les tissus osseux sont la conséquence de l'activité des parties molles et se forment plus tard. Les parties dans lesquelles le métabolisme se modifie, de sorte que les éléments solides du sang s'y déposent, deviennent dures et résistantes.

2° La première condition d'une occlusion normale est le développement normal des tissus intéressés dans la formation et le maintien de cet état.

3° Les forces d'occlusion se développent dans l'ordre de leur importance : d'abord la langue, puis les lèvres et les joues, ensuite les mâchoires, enfin les dents et les arcades dentaires.

4° L'activité normale de l'appareil dentaire est intéressé dans la mastication et la parole ; mais les relations des dents entre elles dépendent, indépendamment de leurs plans d'occlusion inclinés, du développement normal et de l'activité normale des tissus du paragraphe 3.

5° L'effet de l'occlusion normale n'est pas limité à la bouche seule, mais se fait sentir sur le développement des organes respiratoires, de la face et de la tête, pour établir le type.

6° La ligne d'occlusion ne peut être comprise véritablement que si l'on tient compte de l'importance de l'occlusion normale daus le sens le plus large.

(*Dent. Cosmos,* sept. 1913.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Bridge avec face Goslee. — La face a pour but d'employer un corps de porcelaine qui résiste à la mastication et empêche l'or d'être visible. La maille a pour objet de renforcer la couverture de cire sans déformation, de réduire le retrait pendant la coulée et de donner un bon bord pour le brunissage.

Prendre la face, mettre la maille en place au-dessus de la base, approximativement, enlever et verser de la cire chaude à inlay dessus, à l'intérieur de la maille. Mettre en place sur la face et, avec un petit brunissoir, brunir la maille d'or au-dessus des bords. Enlever et façonner. Prendre un instrument tranchant, le chauffer et l'introduire dans le trou à la base de la couronne au travers de l'empreinte de cire. Prendre un fil métallique de platine iridié ou d'or, un crampon à couronne Davis, chauffer et mettre en place. La dent est alors prête à être mise sur le modèle. Prendre alors un morceau de maille et, après avoir enlevé un peu du modèle de cire, presser un morceau de cire à l'endroit où sera le bridge, enlever et couler de la cire chaude, puis remettre en place. Mettre alors les faces en place pour l'articulation et fixer à la base déjà posée. Elever jusqu'au contour de la dent naturelle. Quand tout est garni suffisamment de cire, enlever les faces et investir pour le coulage. Après avoir brûlé la cire, recourir à une pression plus forte pour couler que si l'on coulait sans maille (avec la machine à pression d'air entre 15 et 20 livres). Après coulage, enlever celui-ci, le nettoyer et il est prêt à être soudé au support. *(Dent. Summary.)*

Brunissage des inlays d'or. — Les inlays d'or ne vont pas toujours bien en certains points. La rapidité avec laquelle l'or coulé s'étend sous la pression par suite d'un trouble de sa disposition moléculaire pendant le coulage facilite grandement le brunissage et dans bien des cas on y recourt pour modifier l'adaptation. C'est un moyen d'obtenir un bien, mais ce peut être aussi un moyen d'obtenir du mal.

Si l'on recourt au brunissage après la pose de l'inlay et le durcissement du ciment et si l'on fait plus que de donner de l'uni à la surface de l'or exposée, on fait du mal au lieu de faire du bien. Le ciment est écrasé au bord et emprisonné ; il en résulte inévitablement qu'il est dissous et emporté par les sécrétions et il y a le noircissement des bords.

Un inlay doit être bruni et bien bruni, mais toujours avant la cimentation ou la prise du ciment. (*Dental Brief.*)

Une nouvelle méthode pour dévitaliser une pulpe. — Couper un morceau de tube de caoutchouc très élastique de 20 m/m de long, enlever l'aiguille de la seringue hypodermique et lier le tube sur son extrémité ; perforer la chambre pulpaire avec une fraise, adapter hermétiquement le tube de caoutchouc sur la dent et tirer le piston de la seringue. Le sang sera rapidement tiré de la pulpe sans douleur et cette dernière pourra être enlevée facilement. (*Dental Review.*)

L'obturation à la gutta dans les dents temporaires. — Quand deux cavités proximales se trouvent vis-à-vis, les dents temporaires peuvent être traitées en formant un pont de gutta-percha à travers l'espace interproximal, à condition qu'une lame de métal soit placée en dessous, chacune des extrémités reposant sur la paroi gingivale d'une cavité.

On place d'abord un peu de gutta-percha au-dessous de la lame pour assurer son adaptation, puis le reste de l'obturation est placé dessus. (*Dental Review.*)

Système de l'inlay indirect. — Afin de gagner du temps pour l'opérateur et le patient et de confectionner les parties mécaniques à l'établi, prendre l'empreinte avec la matière « Perfection » avec laquelle le poinçon d'amalgame est fait, articuler dans la cire où le poinçon est placé, les moulages de plâtre quand ils sont faits sont montés dans le petit articulateur.

La matière à empreinte est conservée sous pression quand on prend l'empreinte et refroidie par un courant d'air comprimé ou avec de l'eau froide, afin de réduire l'erreur provenant du retrait.

Cela permet de façonner la cuspide, les sillons et le contour, de corriger les erreurs dans le coulage sans revenir au patient et donne un duplicata exact de la cavité permettant de finir l'inlay et d'ajuster les bords en cas de retrait ou de torsion de l'or. (*Dent. Summary*, fév. 1914.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 5 mai 1914.

Présidence de M. JEAY, président.

La séance est ouverte à 9 heures 10.

I. — DU PLAN D'OCCLUSION ET DE SES RAPPORTS AVEC LE PLAN DE CAMPER (EN PROTHÈSE ET EN ORTHODONTIE CHEZ L'HOMME, DANS LA SÉRIE ANIMALE), RAPPORTS DU VISAGE DE CHARLES RICHET, NOUVEL APPAREIL POUR LES DÉTERMINER, PAR M. RUPPE.

M. Ruppe donne lecture de sa communication (V. *L'Odontologie* du 15 juillet 1914). Il explique le fonctionnement de son appareil et présente les figures murales qui illustrent sa communication.

DISCUSSION.

M. le président. — Vous savez tous quel intérêt suivi M. Ruppe a porté à ces questions, puisqu'il vous a déjà présenté un appareil qu'il vient de perfectionner très heureusement. Cet appareil nous donne des points de repère précis. M. Ruppe s'est livré à une suite d'études très complexes, très arides même, mais qui tendent à obtenir un résultat parfait.

Comme M. Amoëdo l'a dit, ces appareils sont très importants pour nous parce qu'ils nous permettent de construire de plus en plus anatomiquement et physiologiquement des dentiers complets, et de trouver l'équilibre de l'occlusion buccale.

Nous remercions infiniment M. Ruppe de sa très intéressante communication, que nous serons heureux de voir publier dans *L'Odontologie*.

Il y a une chose qui me frappe à propos de la division de la face telle qu'elle est figurée sur son tableau mural. Cela ne correspond pas aux notions que les peintres admettent en matière d'académie et qu'ils enseignent notamment aux jeunes élèves. Ils ne divisent pas la face comme M. Ruppe vient de l'expliquer. Je ne m'explique pas bien cette figure, cette division me paraît fausse. Les peintres divisent la face en trois parties égales. Je ne me place pas, bien entendu, à un point de vue scientifique, je me place au point de vue esthétique.

M. Ruppe. — Richet a également divisé la face en 3 parties.

Mais chacune de ces portions a été subdivisée en 3 autres et c'est des 6 divisions inférieures que je m'occupe ici.

II. — De l'enfumage iodé dans le traitement du quatrième degré et de ses complications, par M. Grasset.

M. Grasset donne lecture de sa communication (V. *L'Odontologie* du 30 juin 1914) et présente son appareil.

Je me propose ce soir de vous donner un petit aperçu sur le traitement des infections du quatrième degré.

Je vais vous présenter cet appareil qui est très simple, mais qui peut nous rendre des services en dentisterie.

Il y a 4 ou 5 ans que je m'en sers et il m'évite d'avoir à passer des mèches antiseptiques, ce qui est long et donne une désinfection imparfaite.

En somme, j'emploie le traitement par les vapeurs iodées qui a déjà été essayé pour plusieurs organes, notamment dans le traitement de la tuberculose.

Je n'ai pas connaissance qu'on en a fait emploi jusqu'ici en thérapeutique dentaire.

Cet après-midi j'ai vu un abcès qui a débuté hier soir ; la douleur était assez vive. Un quart d'heure après l'enfumage, le malade ne souffrait plus et j'ai pu obturer immédiatement la dent avec de la gutta-percha.

Dans une ancienne fistule il arrive que l'enfumage iodé n'a pas d'effet. La désinfection de la racine se fait bien immédiatement, mais la suppuration, au lieu d'être diminuée, est augmentée. Cela provient d'une nécrose de la racine, une nécrose profonde où l'iode n'arrive pas. J'ai noté que les fistules sont toujours augmentées en suppuration, le pus devient plus crémeux et plus abondant.

Dans ces cas-là je fais un enfumage iodé, ensuite un curettage dans le trajet fistuleux.

Il y a une quinzaine de jours j'ai vu une dent à pivot qui était placée sur une racine de prémolaire en très mauvais état. Il y avait une fistule depuis 10 ans et du bourgeonnement autour de la fistule. J'ai fait un enfumage. Au bout de la deuxième application tout le bourgeonnement autour de la fistule avait disparu. Le pus était plus abondant. Je fis deux curettages et aujourd'hui j'ai mis une dent à pivot sur la racine absolument saine.

Je ne connais pas de procédé plus rapide que ce traitement à l'iode. Cela surprendra beaucoup ceux qui ne l'ont pas employé lorsqu'ils en feront l'essai. Cela aura pour conséquence de simplifier beaucoup ces longs traitements qui ont pour résultat d'en-

combrer nos cabinets. L'application d'un tel traitement est, je le répète, tout ce qu'il y a de plus simple.

(M. Grasset donne des détails sur la construction de son instrument dont il montre l'emploi simple et pratique.)

Discussion.

M. le président. — Vous voyez combien cet appareil présente d'intérêt pour nous.

Vous savez que nous avons tous cherché à employer l'iode sous toutes ses formes possibles. Employer les vapeurs d'iode à l'état naissant, c'est bien là l'idée que notre confrère a eue.

M. Grasset. — Le grand avantage, c'est que les vapeurs d'iode qui se dégagent pénètrent partout et il est excessivement difficile d'obtenir un tel résultat avec les mèches, car parfois le canal est tortueux. Avec l'enfumage vous arrivez n'importe où.

S'il pouvait être agréable à l'Ecole dentaire de Paris d'expérimenter cet instrument, je me ferais un plaisir de vous l'adresser afin qu'on puisse s'en servir ici.

M. le président. — Je remercie tout de suite M. Grasset de son aimable offre.

Vous savez tous l'intérêt que les vapeurs d'iode peuvent comporter pour nous au point de vue de la thérapeutique dentaire. Nous nous sommes efforcés de diverses façons d'obtenir de différents composés médicamenteux l'émanation constante et aussi rapide que possible, suivant les cas, des vapeurs d'iode à l'état naissant.

L'action de l'iode dans ce cas est en effet tout à fait différente de l'action de la teinture d'iode.

Je me rappelle qu'en thérapeutique j'ai vu certains confrères chercher à faire de la stérilisation des canaux dentaires avec de la teinture d'iode. C'est là une stérilisation très relative, superficielle, parce que la teinture d'iode a la propriété de s'associer, de se combiner avec les matières albuminoïdes qui sont à la surface du canal.

Quand vous recouvrez de teinture d'iode des tissus, immédiatement la superficie se trouve désinfectée, mais cette teinture d'iode ne peut pénétrer profondément. Et puis, comment faire pénétrer la teinture d'iode dans les canaux ? Il faut l'introduire avec des mèches et l'on a à vaincre des difficultés sans nombre pour atteindre ainsi la partie à désinfecter, c'est-à-dire l'apex.

Avant d'appliquer l'enfumage iodé, avez-vous soin d'isoler la dent et d'assécher vos canaux ?

M. Grasset. — Primitivement je demandais qu'on fermât la dent, qu'on plaçât la seringue et qu'on bouchât à la gutta-percha, précau-

tion aujourd'hui inutile, puisque la personne qui reçoit l'enfumage n'en est nullement incommodée.

Par contre je recommande de bien ouvrir les canaux afin qu'ils soient bien libres, qu'ils laissent un passage suffisant. Je recommande aussi de bien assécher les canaux, parce que l'humidité nuit à l'effet de l'iode.

M. Frey. — J'ai eu l'occasion d'employer le fort ingénieux appareil de notre confrère avec M. Zimmermann et il y a quelques jours nous pouvions, grâce à la fumigation iodée, faire supporter une obturation provisoire à une incisive latérale supérieure, rebelle jusque-là à toute tentative obturatrice. Cette dent étant atteinte au 4e degré avec granulome abcédé, il serait intéressant de la guérir sans curettage apical et alvéolaire.

Un mot encore : je me demande s'il n'y aurait pas lieu, quand on est obligé de faire un effort assez grand pour pousser l'air chargé d'iode dans la cavité cariée, d'obturer le petit orifice de la poire de façon à empêcher que les vapeurs d'iode ne puissent faire retour en arrière.

M. Grasset. — Mon constructeur a mis des rondelles en caoutchouc qui forment soupapes. Si, à la place de ce caoutchouc, on met une peau de gant sur la stéatite, l'étanchéité est tout à fait complète et vous n'aurez plus ainsi l'ennui de l'iode qui passe par le pas de vis.

Quant à l'iode qui finit par boucher le canal de la canule, on y remédie facilement : il n'y a qu'à passer une aiguille fine de temps à autre à l'extrémité de la canule.

Il est absolument impossible que les vapeurs d'iode puissent être refoulées et revenir dans la poire en caoutchouc, car la soupape s'oppose absolument à ce retour des vapeurs d'iode.

M. Frey. — Il est alors inutile de prendre la précaution de boucher avec le doigt ?

M. Grasset. — C'est tout à fait inutile.

La poire à iode, tout en paraissant fort simple, est assez difficile à établir et on se heurte à des inconvénients qu'on ne se figure pas.

Dans le cabinet, il faudrait après chaque enfumage nettoyer la canule dans l'alcool et la sécher ensuite.

M. Frey. — C'est un appareil qui est appelé, je crois, à nous rendre service.

M. le président. — Il y a avec ce procédé une action sédative qui est très intéressante.

M. Frey. — Une action sédative que nous connaissons déjà par les applications d'iode naissant. On sature le canal avec une mèche imbibée d'une solution concentrée d'iodure de potassium ou de sodium, puis on laisse une autre mèche imbibée d'eau

oxygénée ; l'iode à l'état naissant se dégage immédiatement dans le canal.

Il est évident que l'enfumage est beaucoup plus complet et plus parfait, comme procédé, pour obtenir une diffusion profonde et étendue du médicament.

M. le président. — J'ai cherché aussi une combinaison médicamenteuse permettant le dégagement de vapeurs d'iode naissant.

Je prends de l'iode-métalloïde, du camphre et de l'acide phénique neigeux.

La mèche que vous entrez noire dans le canal est retirée après 24 heures absolument blanche. L'iode s'est complètement dégagé, mais il y a naturellement à vaincre la difficulté mécanique qui empêche parfois d'introduire l'iode jusqu'au fond de la racine.

Avec votre procédé d'enfumage il y a plus de chances qu'ayant isolé et séché la dent vous obteniez de meilleurs résultats, car vous atteignez toutes les parties des canaux de la dent.

M. Grasset. — J'ai enfumé une dent et fait son extraction ensuite. J'ai vu la racine complètement jaunâtre par suite de l'absorption.

M. Frey. — Cette expérience est absolument probante. Il ne faut pas manquer de publier cela.

M. Lemière. — Je tiens à féliciter M. Grasset, d'autant plus que j'ai pu expérimenter par moi-même l'excellence de son procédé.

Il y a une huitaine de jours M. Grasset a eu l'amabilité de m'envoyer un de ses appareils. Immédiatement je l'ai essayé. Je soignais depuis très longtemps une racine de molaire inférieure que je tenais absolument à conserver pour y mettre une couronne. Les divers traitements que j'avais employés jusque-là ne m'avaient pas donné de résultats satisfaisants. J'ai fait un enfumage et dès la première séance il y a eu une amélioration considérable.

Dans un autre cas, un quatrième degré très infecté, j'ai employé l'enfumage iodé et j'ai fait l'obturation : le résultat a été tout aussi satisfaisant qu'avec l'emploi du tricrésol.

J'ai pensé que dans l'application des vapeurs iodées il était important de refroidir la dent avec un courant d'air froid. De cette façon on obtient une condensation des vapeurs plus considérable.

Je crois que, les vapeurs iodées étant projetées sur un corps froid, la condensation doit se faire sur ce corps d'une façon beaucoup plus intense que si l'on sèche avec de l'air chaud.

J'ai fait des expériences sur des instruments ; sur un instrument froid on voit que la couche d'iode, la teinte jaune de la couche d'iode est beaucoup plus intense que sur un instrument chauffé.

Avant de faire l'application j'ai pensé qu'il valait mieux agran-

dir les canaux très largement de façon à obtenir une large surface de condensation.

Dans les deux cas que je viens de vous citer le résultat a été excellent et je me propose de continuer à employer cet instrument.

M. Frey. — Combien faites-vous d'enfumages ?

M. Grasset. — Je n'ai jamais fait plus de trois enfumages dans chaque cas, même avec des fistules.

M. Frey. — Dans chacun de vos enfumages arrivez-vous à employer entièrement votre comprimé.

Tout à l'heure, par exemple, il restait presque en entier.

Avez-vous chauffé et fait durer votre enfumage de façon à employer le comprimé complet ?

M. Grasset. — Je n'ai jamais pris plus d'un quart du comprimé par enfumage.

Vous pouvez vous en servir pour préparer de la teinture d'iode toute fraîche : vous en avez juste pour un badigeonnage.

M. le président. — Il est très utile d'avoir ainsi toujours sous la main un moyen de préparer de la teinture d'iode fraîche.

Il y aurait un heureux parallèle à faire entre votre enfumage iodé et ce qu'on a cherché à faire avec le formol sous forme de trioxyméthylène. La comparaison serait, je crois, à priori, à l'avantage de votre procédé parce que, si le procédé au méthylène est très efficace, il est parfois fort douloureux. Pour mon compte j'en ai essayé et j'ai eu souvent des poussées de périostite médicamenteuse. Je crois qu'avec l'iode on éviterait cela puisqu'au contraire on observe une action sédative combattant les douleurs au cours de périostites aiguës.

Nous devons remercier très vivement notre confrère de nous avoir fait sa très utile démonstration.

Je terminerai la discussion en formulant deux vœux, c'est que M. Grasset veuille bien, comme M. Frey le demandait tout à l'heure, publier une preuve scientifique de ce qu'il avance, c'est-à-dire que, s'il a la bonne fortune de pouvoir montrer des dents dont la dentine a été profondément pénétrée par l'iode, il pourrait, au moyen de réactifs chimiques, rendre très apparente, si c'est nécessaire, cette pénétration de l'iode.

C'est une question à étudier pour montrer jusqu'à quel point la dentine se laisse pénétrer par les vapeurs d'iode et ce sera une démonstration pratique de votre procédé.

M. Grasset. — Sur les dents mortes nous n'obtenons pas la même action. Sur les dents sèches depuis très longtemps on n'arrive pas à faire pénétrer l'iode comme dans les dents vivantes.

M. le président. — Nous faisons des démonstrations pratiques deux fois par an. Vous pourrez nous montrer sur nos malades

comment vous appliquez votre procédé qui a l'air très simple, mais qui doit nécessiter une certaine expérience.

III. — De l'asepsie de la pièce a main, par M. Weber.

M. Weber donne lecture d'une note sur ce sujet (V. *L'Odontologie* du 30 juin 1914) et présente son appareil.

Discussion.

M. le président. — Il est en effet très difficile de stériliser ces pièces.

Une voix. — Et pour l'angle droit ?

M. Weber. — C'est la même chose. J'ai un système d'angle droit que j'ai fait fabriquer en Amérique. C'est un angle droit parfait. La plupart des angles droits sont très mal faits. Je regrette infiniment de ne pas l'avoir apporté. Avec un petit tourne-vis vous pouvez dévisser complètement l'angle droit et vous pouvez le mettre dans le chloroforme.

M. le président. — C'est un souci, une préoccupation que nous avons tous eus. Je me rappelle avoir assisté à des opérations de prothèse immédiate et je vois encore M. Roy et d'autres confrères dans les services de chirurgie s'efforçant de conserver l'asepsie de leurs mains en ne touchant la pièce à main du tour qu'avec une compresse stérilisée. Dans nos cabinets où les clients se succèdent rapidement il est impossible d'avoir autant de pièces à main que de patients.

Je crois donc que vous avez apporté la solution pratique à ce problème.

M. Weber. — Le dentiste doit avoir à cœur de veiller à la plus rigoureuse stérilisation de tous ses instruments. Nous pouvons toucher la bouche d'une personne syphilitique et dans ce cas notre manque d'attention pourrait avoir des terribles conséquences.

M. le président. — Nous remercions M. Weber de sa très intéressante communication.

IV. — Des modifications apportées au système dentaire par l'age, l'usure, les habitudes et de leurs complications au point de vue prothétique, par M. Georges Villain.

M. G. Villain fait une communication sur ce sujet.

Discussion.

M. Frey. — Je demanderai un mot d'explication.

Suivant que les mâchoires appartiennent aux types musculaire, respiratoire, digestif et cérébral vous parlez de mouvements de progression, de circonduction, etc., je n'ai pas bien compris ?

M. Georges Villain. — Dans les différentes collections que j'ai

pu examiner, j'ai remarqué quatre formes principales d'arcades que les anthropologistes attribuent à des races différentes. J'ai trouvé parmi mes patientes parisiennes, quatre formes d'arcades : forme parabolique, forme hyperbolique, forme en upsilon, forme arrondie. Chez ces malades la forme de l'arcade correspond à la prédominance d'un mouvement. Ici le mouvement de propulsion de la mandibule est plus fréquent ou est plus marqué que dans les autres mouvements ; au contraire le malade peut décrire une parabole dont l'arc est surtout allongé latéralement. Ici le malade présente une prédominance du mouvement de progression. Ici nous avons un malade qui fait des mouvements à peu près égaux, mais surtout des mouvements de circonduction très marqués. Chez ce malade nous trouvons une arcade en forme très arrondie.

J'ai rapproché ces formes d'arcades des types respiratoires, musculaires, cérébraux, parce qu'il y a quelque chose de frappant : les différentes formes de facies correspondent aux différentes formes d'arcades. Si vous prenez un sujet quelconque, tirez un trait au milieu du front. La forme qui reste au-dessous de ce trait correspond à peu près le plus souvent à la forme de l'incisive centrale. Si vous avez affaire à un sujet à forme longue, vous allez avoir par cette ligne droite la forme d'une couronne très allongée et vous observerez chez ce malade des dents à couronnes très longues et minces.

Si vous avez affaire à un malade à visage court, vous trouverez des dents courtes, et des molaires extrêmement rondes, des dents mal formées.

Il y a une corrélation aussi avec la forme de l'arcade.

Les cérébraux ont une arcade en forme hyperbolique, les digestifs en forme arrondie.

Le digestif est un malade qui doit faire des mouvements de circonduction plus marqués qu'un autre. Parce qu'il fait des mouvements de circonduction, il peut très bien avoir son arcade arrondie.

Il faut que nous établissions nos arcades par rapport aux mouvements, parce que ce sont les mouvements qui ont guidé la forme des arcades.

M. Frey. — C'est en quelque sorte une signature de la forme des dents et des mâchoires par la physionomie, par le type.

M. Georges Villain. — C'est une indication pour la construction d'un dentier, pour le choix de la forme de la dent. Au point de vue harmonieux vous arrivez à un résultat plus satisfaisant pour le malade.

M. Frey. — Il y a un point qui, à mon avis, n'est pas suffisamment élucidé, c'est l'angle du maxillaire inférieur. De Nevrezé et

moi, dans notre mémoire sur les malpositions verticales, nous avons distingué l'angle inférieur osseux au mandibulaire proprement dit, et l'angle supérieur ou alvéolaire.

C'est ainsi que, chez le vieillard édenté, l'obtusisme est exclusivement alvéolaire — en raison de la résorption des alvéoles — et nullement osseux.

L'obtusisme alvéolaire est un obtusisme d'évolutions donc normal, l'obtusisme osseux est toujours pathologique, dû à une évolution anormale. Je ne parle bien entendu que des vieillards.

M. Georges Villain. — Dans les deux cas la différence de l'angle n'est pas si grande que vous croyez. L'angle que vous croyez avoir 115° en a au moins 135°.

Ceci est simplement dû à la résorption alvéolaire plus ou moins marquée; c'est cela, je crois, qui vous donne cette impression : angle mandibulaire, angle alvéolaire très obtus. Ceci est simplement dû à la résorption alvéolaire.

M. Ruppe. — Les différentes formes d'arcades doivent avoir leur raison d'être dans un fait d'évolution. Il me semble très naturel qu'un digestif et un musculaire aient une forme d'arcade rappelant la forme de celle des anthropoïdes, puisque ce sont les types humains qui s'en rapprochent le plus comme structure physique.

M. Georges Villain. — Ces sujets ont gardé cette forme d'arcade, parce qu'ils ont des mouvements adéquats. Si vous modifiez la forme de l'arcade, vous modifiez ces mouvements.

M. Ruppe. — En effet à chaque forme d'articulation temporo-maxillaire convient une forme d'arcade, ceci aussi bien chez l'homme que dans la série animale.

M. Georges Villain. — Il m'a semblé à première vue, en voyant cela, qu'il était rationnel que le digestif eût cette face triangulaire. L'arcade doit être en forme arrondie, avec les branches de l'arcade obliquant en arrière, convergeant en arrière.

Chez ce malade vous trouvez cette forme d'arcade.

Ce que je vous donne, c'est la forme de l'arcade, ce n'est pas la forme de la mâchoire.

M. Frey. — M. Villain a dit : quand, après un redressement et une rétention prolongée de plusieurs années, les dents ont tendance à reprendre leur malposition première, cela tient en grande partie à ce qu'on n'a pas établi les dents dans le redressement selon les types qu'il nous a indiqués. Cela est intéressant, mais demanderait à être prouvé. Il me semble que vous obtiendrez un résultat définitif dans un redressement, quel qu'il soit, si vous avez bien redressé et engrené vos dents, bien placé vos apex, même si vous n'avez pas suivi un type tant soit peu hypothétique de l'individu.

M. Georges Villain. — Je ne me base pas du tout sur ces types. Je me suis rapproché des formes de figures que j'avais définies par rapport aux formes de l'arcade. J'ai fait un rapprochement, mais je ne me base pas là-dessus.

J'en fais passablement et j'ai passablement de succès, j'ai eu cependant un certain nombre de cas négatifs.

J'en ai un notamment qui est intéressant : c'est un malade auquel j'ai eu à corriger pendant deux ans une contraction bilatérale des deux arcades. Le travail terminé, j'ai mis des appareils pour favoriser le mouvement d'inclinaison apicale. Quand tout a été terminé, j'ai maintenu les dents par un appareil qui a été fixé pendant une année.

J'ai laissé partir ce malade. Les dents ne sont pas revenues à leur place primitive, tout est bien resté dans l'ordre au point de vue de l'occlusion, mais la forme d'arcade que j'avais établie s'est modifiée.

Actuellement il n'y a pas de déviation dentaire, il y a simplement une modification de la forme de l'arcade.

Je ne dis pas que je ne serais pas arrivé à modifier les mouvements mandibulaires. Ces faits ont peut-être été déterminés par une cause héréditaire, c'est incidemment que je vous en fais part, pour vous montrer qu'il y a là quelque chose à étudier, à approfondir.

M. Ruppe. — La longueur des cuspides des molaires, la longueur des incisives correspondent à une forme de l'articulation temporo-maxillaire et cette chose très intéressante à considérer une fois connue nous renseigne sur l'amplitude des mouvements de latéralité.

M. Georges Villain. — On peut partir de ce point : la dent, lorsqu'elle évolue, a une forme déterminée, elle a une forme de cuspides déterminée. Cette forme de cuspides va conditionner le maxillaire, d'elle vont dépendre les mouvements du malade et ensuite la forme de l'arcade.

M. Frey. — C'est une conclusion de notre discussion lorsque, dans une précédente séance, nous disions que l'articulation était fonction de la forme dentaire.

M. le président. — Nous devons remercier encore une fois notre dévoué confrère M. Georges Villain qui nous apporte toujours des communications extrêmement captivantes.

Nous espérons qu'il mettra de plus en plus au point toutes ces questions.

La séance est levée à 11 heures 1/4.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DU HAVRE

2e liste de communications.

M. Francis Jean : 3° L'hygiène dentaire, les sociétés professionnelles et le public.

M. Ruppe : 1° Articulateurs intra-buccaux ;

2° Le gnathomètre.

M. Lelièvre Lucien : 1° De l'air chaud en thérapeutique dentaire.

M. le Dr Pont : 1° Quelques cas de prothèse nasale (méthode de Henning) ;

2° Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement des malocclusions ;

3° Présentation de quelques cas de redressement.

M. Marcel Ségal : Présentation d'une seringue hypodermique.

M. Borkowski : Tube porte-digue.

M. C. André : Neutralité des savons liquides.

M. Barden : Ostéo-sarcome fuso-cellulaire à myéloplaxes.

M. Haloua : Perforation palatine d'origine spécifique et traitement.

M. le Dr Giraud : De l'emploi du radium en stomatologie et en odontologie ;

Présentation d'un appareil pour radio-activer les liquides.

M. Touvet-Fanton : Accident nerveux de la dent de sagesse, accident grave de l'extraction. Bienfaits et méfaits des leviers, complications et conséquences.

M. Contenau : Stérilisateur électrique à air sec.

M. S. Chameau : Application des courants électriques de haute fréquence à l'art dentaire (Traitement de la pyorrhée alvéolaire, radiographie).

M. le Dr Audy : Dent de sagesse en ectopie.

Maison Ash : Démonstrations : 1° Emploi de la « Pâte de Graff » pour bases et dentiers provisoires ;

2° Nouvelles succions sans partie métallique ;

3° Porte-ressorts « Freymann » ;

4° Emploi du ciment provisoire « Tempor » ;

5° Emploi du ciment translucide « l'Esthétique » ;

6° Dents « Hélix » ;

7° Dents à réparer d' « Ash » pour la réparation de toutes sortes de prothèses.

M. Renaud (de Trey).

1° Démonstration de l'appareil Clarck.

2° Présentation des nouvelles dents et blocs anatomiques « Trubyte ».

M. Valadier : Le traitement de la pyorrhée alvéolaire par le vaccin sensibilisé.

M. Franchette : Pneumo-anesthésiographe.

M. le Dr Lebedinski : Branchiome malin du voile du palais chez un enfant en bas âge.

M. P. Dubois : Etude comparée des anesthésiques locaux usités en thérapeutique dentaire.

M. P. Fontanel : Le décret de 1909 et l'avenir du chirurgien-dentiste en France.

M. le Dr Deschamps : Mutualité et art dentaire.

Délégués des sociétés professionnelles et journaux.

Ecole dentaire de Paris : M. Godon.
Société d'odontologie de Paris : M. Jeay.
Ecole odontotechnique de Paris : M. Barden.
Ecole dentaire de Lyon : M. Pont.
Société d'odontologie de Lyon : M. Vichot.
Cercle odontologique de France : M. Morche.
L'Odontologie : M. Roy.
La Province dentaire : M. Gouttenoire.
Journal odontologique de France : M. Robine.
Syndicat des dentistes Lyonnais : M. Soulard.
Association française d'Hygiène dentaire : M. Francis Jean.

VIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Londres, 3-8 août 1914.)

Nous insistons une dernière fois pour que les dentistes français soient présents en très grand nombre au Congrès de Londres. Il y a une question d'amour-propre et de dignité nationale à montrer aux praticiens de tous pays réunis à cette occasion ce qu'est et ce que peut l'odontologie française. Il convient aussi de répondre à la courtoisie de l'invitation de nos amis les Anglais, qui ne négligent rien pour donner un éclat tout particulier à cette grande réunion internationale.

Adresser de toute urgence les demandes de renseignements, les

adhésions, les cotisations, à M. Henri Villain, secrétaire général du Comité national français, 10, rue de l'Isly, Paris et les démandes de billets de chemin de fer et de bateau à l'Agence Cook, place de l'Opéra, Paris.

Tout bulletin d'adhésion envoyé directement à Londres est retourné au Comité national français pour approbation, conformément au règlement des congrès dentaires internationaux.

Nouvelle liste d'adhésions.

MM. Nicot, Bastia.
Grasset, Paris.
Miégeville, Paris.
R. Lemière, Paris.
Mme Lemière, Paris.
MM. Valadier, Paris.
Amoëdo, Paris.
Choquet, Paris.
Ferrand, Paris.
Francis Jean, Paris.
MM. Holstein, Charmes.
Audy, Senlis.
Mme Audy, Senlis.
MM. Franchette, Paris.
Guichard, Paris.
Mme Guichard, Paris.
M. P. Miégeville, Le Havre.
Mme P. Miégeville, Le Havre.
M. Eloy de Stoecklin, Paris.

Nouvelle liste de communications.

M. G. André. — Appareil obturateur du voile du palais (VIIe section).

M. Amoëdo. — Emploi de l'articulateur anatomique adaptable d'Amoëdo (Ve section).

Nouvelles délégations.

M. Francis Jean. — Association française d'hygiène dentaire.

M. Thuillier (Rouen). — Comité de Haute Normandie du syndicat des chirurgiens-dentistes de France (délégué également au Congrès du Havre).

Erratum.

Lire *Nespoulous,* au lieu de Nespoulos, dans la liste d'adhésions contenue dans notre numéro du 15 juillet.

SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE

La 41e réunion annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe se tiendra les 30 et 31 juillet et 1er août 1914 à l'Hôtel Continental, à Paris, avec le programme suivant :

Jeudi 30 juillet, 9 heures matin. — Séance administrative.

10 heures. — Séance d'ouverture. Discours du président. Communications.

Midi 1/2. — Déjeuner.

2 heures. — Communications.

7 h. 30. — Banquet au Restaurant d'Armenonville.

Vendredi 31, 9 heures. — Communications.

Midi 1/2. — Déjeuner.

2 heures. — Communications.

4 heures. — Réception et thé pour les dames chez M. et Mme Hirschfeld.

8 heures. — Banquet annuel.

9 heures. — Soirée musicale chez M. W. Davenport.

Samedi 1er août, 9 heures. — Cliniques et démonstrations à l'Ecole dentaire de Paris.

Midi 1/2. — Déjeuner à l'Hôtel Continental. Séance administrative.

Midi. — Déjeuner offert aux dames à l'Hôtel Continental.

1 h. 30. — Excursion en automobile pour les dames à Trianon. Retour par La Malmaison, avec thé chez M. W. Davenport.

Dimanche 2 août, 8 h. 1/2 matin. — Match de golf à La Boulie. Transport par automobile et déjeuner à La Boulie.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

Président d'honneur : C. Godon, Paris.

Président : W. B. Paterson, Londres.

Vice-présidents : J. Howard Mummery, Londres ; Rud. Weiser, Vienne ; T. W. Brophy, Chicago ; Florestan Aguilar, Madrid ; O. Walkhoff, Munich ; Francis Jean, Paris.

Secrétaire général : F. Schaeffer-Stuckert, Francfort-sur-le-Main.

Secrétaires-adjoints : P. Guye, Genève ; Burton Lee Thorpe, St-Louis ; M. Roy, Paris ; W. Guy, Edimbourg.

Trésorier : Edmond Rosenthal, 1 place du Trône, Bruxelles.

Londres, W. le 30 juin 1914.
(Room 29) 19, HANOVER SQUARE.

Cher Collègue,

Nous avons l'honneur de vous annoncer que la prochaine session de la Fédération dentaire internationale aura lieu à Londres

le lundi 3 août 1914. La séance d'ouverture se tiendra à l'Université de Londres, à 10 heures du matin. A l'issue de cette séance le Conseil exécutif de la F. D. I. se réunira dans la *Senate Chamber* de l'Université pour délibérer sur les affaires, ainsi que pour attribuer le Prix Miller pour la troisième fois à la personne ou aux personnes qui, selon l'opinion du Conseil, auront rendu les services les plus éminents à la science dentaire.

Durant la journée les commissions de la F. D. I. : Enseignement, hygiène dentaire et services dentaires publics, bibliographie, documentation et statistique se réuniront à l'Université pour entendre les rapports et pour d'autres affaires.

Les curateurs du Fonds du Prix Miller se réuniront aussi.

Le Conseil exécutif de la F. D. I. se réunira encore pendant le Congrès dentaire international dans la *Senate Chamber*, à midi un quart, les jeudi, mercredi et samedi, 6, 7 et 8 août.

A la fin du Congrès, samedi 8 août, et dans la même salle réunion de la F. D. I. pour élire le bureau.

Recevez, etc.

W. B. Paterson, *Président.* F. Schaeffer-Stuckert, *Secrétaire général.*

Programme de la session.

Lundi 3 août 1914.

10 *heures du matin*, première séance de la F. D. I. dans le *Jehangir Hall* de l'Université.

Le vice-chancelier de l'Université, Sir Wilmot Herringham, recevra les membres de la Fédération pour leur souhaiter la bienvenue au nom de l'Université.

Nota bene. — Le vice-chancelier sera en manteau de cérémonie. Les membres sont donc priés de revêtir pour la circonstance leurs costumes universitaires.

Discours du Président.

Discours des délégués des sociétés dentaires nationales de la F. D. I. et des présidents des commissions.

11 h. 30, séance du Conseil exécutif de la F. D. I. dans la *Senate Chamber* de l'Université.

Rapport du secrétaire général.

Rapport du trésorier.

Nomination des censeurs.

Election de membres nouveaux.

Adhésion de nouvelles Associations dentaires nationales (Pétition de l'Association dentaire de la Nouvelle-Zélande).

Troisième attribution du prix International Memorial Miller.

Règlements de la F. D. I.

Rapport des délégués de la F. D. I. nommés au comité d'organisation du congrès dentaire international.

Rapport du congrès dentaire Panama-Pacifique (30 août-9 septembre 1915).

Réception d'invitations pour le septième congrès dentaire international, 1919.

Affaires diverses.

1 heure après-midi, clôture de le séance (Déjeuner dans le « *Quadrangle* » de l'Université).

2 h. 30, séances des commissions suivantes :

Commission d'hygiène dentaire et des services dentaires publics (*Jehangir Hall*). Président : Prof. Jessen ; secrétaires : A. Lenhardtson, C. Van der Hoeven.

Commission d'enseignement : *Council Chamber* (contiguë au *Jehangir Hall*). Président, Dr E. C. Kirk ; secrétaire, M. Roy.

Commission de bibliographie, documentation et statistique ; *Senate Chamber*. Président, M. Emile Huet ; secrétaire, A. Joachim.

Commission de Déontologie (Bibliothèque).

Curateurs du Prix Miller (Bibliothèque).

4 heures, séance du Conseil exécutif (*Senate Chamber*).

Affaires ajournées de la session antérieure.

Réception des rapports et des résolutions des commissions.

Rapport des censeurs.

Rapport au Congrès au nom de la F. D. I.

Avis.

Le bureau du Congrès dentaire international se trouvera dans la salle d'entrée de l'Université. Il sera ouvert dès jeudi le 30 juillet de 10 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir.

Les insignes du Congrès, les cartes, programmes, guides, interprètes, dactylographes se trouveront au bureau, où tout renseignement relatif au Congrès sera fourni. Une banque, un bureau de change, un poste avec téléphone et télégraphe seront dans un bureau de l'Université, ainsi que des salles d'attente et de correspondance.

L'Exposition d'instruments et d'appareils dentaires, dans la grande salle et dans les corridors de l'Université, sera ouverte toute la journée pendant la session de la F. D. I.

MM. Thos. Cook et fils, agents de voyages, auront un bureau dans l'Université.

MOYENS DE TRANSPORT POUR ARRIVER A L'UNIVERSITÉ.

L'Université de Londres est située Imperial Institute Road, South Kensington, S. W.; elle est entourée des grands Musées du Gouvernement. De Charing Cross, centre de Londres, on peut arriver à l'Université par le chemin de fer souterrain (Underground), de Charing Cross Station à South Kensington Station (service de trains de trois en trois minutes); on peut arriver aussi par Exhibition Road, South Kensington, avec l'auto-omnibus 5, 9, 14, 15, 30, 33, 39, 46, 52, 65 (service fréquent). Le prix tant par chemin de fer que par omnibus est de trois pence (30 centimes).

Les lettres, etc., adressées aux membres du Congrès : International dental Congress bureau, University of London, South Kensington, y seront acceptées à partir du 30 juillet.

MM. Ede, costumiers de l'Université, auront dans la salle de l'Université un choix de costumes universitaires à louer.

HYGIÈNE

A PROPOS DE LA CLINIQUE DENTAIRE POUR LES ENFANTS

Nous trouvons sous ce titre dans l'Est Dentaire *de juin* 1914, *sous la signature* Un enthousiasmé, *pseudonyme derrière lequel se cache notre confrère M. Freeman, de Besançon, l'intéressant article ci-après que nous reproduisons volontiers.*

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article d' « Un Désillusionné », sur cette question, et je comptais qu'on en causerait à la réunion générale : comme on ne l'a pas fait, ma conscience ne me permet pas de me taire plus longtemps. Quoique je sente que mes idées ne sont pas celles de beaucoup de mes confrères, j'espère éviter leurs blâmes aussi bien qu'un Désillusionné a évité leurs éloges, en me cachant derrière un pseudonyme.

Je suis d'accord avec l'auteur de l'article pour penser que, si la municipalité voulait payer des dentistes pour assurer un service dentaire gratuit aux enfants pauvres, cela serait l'idéal : mais le fera-t-elle ? Probablement que non, et alors ? Les enfants s'en passeront.

Malgré une tendance, parmi les dentistes, à ne pas prendre assez au sérieux leur rôle médical, je ne pense pas qu'il s'en trouvera beaucoup pour contester les rapports étroits qui existent entre l'état des dents et la santé générale.

Des expériences concluantes ont eu lieu en Amérique : dans une classe d'enfants, un certain nombre ont été choisis au hasard, et à ceux-ci des soins minutieux de la bouche ont été donnés. Non seulement ils se portaient mieux que leurs camarades, mais aussi ils faisaient des progrès plus rapides dans leurs études.

Mais si *nous* commençons seulement à nous rendre compte de l'importance que les soins de la bouche peuvent avoir sur le développement de la jeunesse, il est naturel que les *autorités* municipales ou autres soient encore plus mal instruites sur ce point. C'est à nous de les renseigner.

Il est évident qu'avec des soins sommaires on n'obtiendra que des résultats peu probants. Il faut donner aux enfants des soins éclairés et minutieux.

Plus tard, quand nous pourrons faire valoir aux autorités, les résultats acquis, quand nous pourrons leur dire : « Voilà notre œuvre, des jeunes gens plus aptes à faire de bons soldats, des jeunes

filles plus aptes à faire de bonnes mères de familles », nous pourrons demander avec justice que notre œuvre soit rétribuée adéquatement.

Pour l'instant nous devons nous sacrifier.

Nous le devons parce que nous seuls le pouvons.

Notre privilège est de pouvoir rendre des services à notre prochain ; notre récompense sera de savoir que nous marchons dans les rangs de ceux, connus et inconnus, qui ont fait quelque chose pour l'humanité. Ce n'est pas une petite chose !

J'ai, volontairement, abrégé autant que possible ce qui précède, car, si je voulais m'étendre sur ce sujet, un numéro de *L'Est Dentaire* ne suffirait pas.

Deux mots seulement sur la question d'intérêt.

La clinique serait réservée aux personnes pauvres ; qui la fréquenterait ?

Ceux qui ne peuvent pas payer, ceux qui viennent en dernier ressort chez le dentiste, pour faire supprimer la dent qui les fait souffrir ? C'est avec mal au cœur que celui-là accepte la pièce de quarante sous qu'on lui offre.

Ceux qui ne veulent pas payer, ceux qui donnent aux malheureux dentistes, dont ils font leur victime, mille tracasseries avant de lui payer ses honoraires, quand encore il finit par les toucher ?

Petite perte que ces gens pour nos clientèles privées.

Ensuite, la clinique serait réservée aux enfants, et ne serait-il pas naturel qu'une grande proportion de ceux qui auront goûté au bien-être que leur procureraient des soins dentaires convenables, deviennent ensuite nos clients assidus ? Nous sèmerons ainsi pour récolter.

Questions secondaires que celles-ci, en comparaison avec la grande question de principe.

Pour ma part, si l'on me demandait ma collaboration dans une œuvre pareille, je la donnerais volontiers : en collaboration avec mes confrères si cela était possible, malgré eux si c'était nécessaire. Car la confraternité est une excellente chose, mais l'humanité est au-dessus ; et c'est au nom de l'humanité que je vous dis : « Ne faites rien pour empêcher aux petits enfants d'avoir la bouche soignée ».

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES COMPAGNIES D'ASSURANCES ET LES EMPREINTES DENTAIRES

Dans son système d'identification, M. Bertillon ne se servit pas, croyons-nous, des indications précieuses que pouvaient lui fournir les dents des sujets soumis aux exigences du service anthropométrique. Les nombreux procès qu'a entraînés la catastrophe du *Titanic*, survenue, on se le rappelle, en avril 1912, viennent de le démontrer d'une façon très nette.

Un navire avait été envoyé sur les lieux du sinistre pour repêcher les corps flottants. Dans beaucoup de cas, l'identification des noyés ne fut possible que par un examen minutieux de leurs dents. Ces difficultés d'identification se rencontrent fréquemment, particulièrement dans les incendies, les accidents de chemin de fer, etc... Aussi, les grandes compagnies d'assurance mondiale vont-elles suivre l'exemple de quelques compagnies françaises et américaines, lesquelles enregistrent aussi exactement que possible une description détaillée de la dentition de leurs clients.

Presque tous les dentistes gardent aujourd'hui sur une fiche un schéma précis des réparations qu'ils effectuent aux dents des gens soignés par eux. C'est à l'aide de ces données que l'on a pu identifier un grand nombre des malheureuses victimes du *Titanic*.

Il existe même un système d'assurance sur la vie qui oblige les clients à laisser la compagnie prendre l'empreinte de leurs dents avec de la cire molle. D'autres compagnies se contentent d'un rapport détaillé sur les dimensions, les formes, les irrégularités des dents vraies ou fausses ainsi que la mesure de l'arc des mâchoires. Les clients doivent tenir la compagnie au courant des nouveaux travaux effectués par le dentiste ou des changements apportés par la nature à la condition de leurs dents ; même, ils doivent, à certaines époques, se soumettre à un nouvel examen.

Deux personnes ne peuvent jamais avoir les mêmes empreintes dentaires, mais toutes ces observations ne sont intéressantes que pour une certaine classe de la société, les gens de basse condition ne vont guère chez le dentiste que pour se faire extraire une molaire par trop douloureuse. Et ce sont surtout ces gens-là qui ont affaire avec le service anthropométrique.

(*Journal des Voyages*, 12 avril 1914.) CYRILLE VALDI.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Chez le dentiste, soigné par le patron ou par un aide, c'est le même prix.

C'est la conclusion donnée le 27 mars dernier par la sixième chambre du tribunal, après plaidoirie de Me Jean Dailly pour le demandeur, de Me Maurice Orgias pour le défendeur. Et c'est encore une histoire de client qui récalcitre. Il prétendait refuser de payer le prix ordinaire des soins donnés par un dentiste, chevalier de la Légion d'honneur, professeur à l'Ecole dentaire, parce qu'il avait été soigné non par le maître, mais par un de ses aides.

La divette et son dentiste.

Une divette, Mlle E. C., ancienne élève du Conservatoire, est en instance auprès des juges de la sixième chambre supplémentaire, présidée par M. Brossard-Marcillac, pour obtenir la condamnation de son dentiste en paiement d'une somme de 10.000 francs de dommages-intérêts.

Après sept années de soins consécutifs le dentiste n'aurait pu réussir, malgré ses promesses, à mettre dans le bel ordre qu'elle désirait une denture quelque peu indisciplinée.

L'homme de l'art ne niait point que les dents de sa cliente n'eussent capricieusement refusé de se conformer aux lois de symétrie qu'il prétendait leur imposer ; mais il ajoutait pour sa défense que la jeune artiste n'avait pas elle-même, au cours du traitement, fait preuve d'une suffisante assiduité. Aussi il concluait au rejet de toute indemnité, même en ce qui concernait les caries provoquées par l'apposition des appareils nécessaires.

Après plaidoirie de Me Imbrecq pour la divette et de Me Chresteil pour le dentiste, le tribunal a renvoyé à huit jours le prononcé de son jugement.

(*Le Journal.*)

Le contrat de l'associé dentiste.

Un dentiste diplômé qui contracte un engagement de collaboration avec un de ses confrères, propriétaire d'un cabinet dentaire, a-t-il le droit de rompre ce contrat avant l'expiration de sa durée,

dans le cas où le titulaire du cabinet céderait son cabinet cu prendrait, un associé ?

La cas était soumis à la troisième chambre du tribunal, qui l'a tranché dans le sens de la négative, après plaidoiries de Me Colin de Verdière pour l'associé demandeur et de Me Justal pour le propriétaire du cabinet dentaire.

L'associé a été condamné à 2.000 francs de dommages-intérêts pour rupture abusive des conventions et à 8.000 francs de dommages-intérêts pour violation de l'interdiction de s'établir pendant trois ans. Le tribunal a, en outre, ordonné la fermeture de son cabinet sous peine d'une astreinte de 50 francs par jour.

VARIA

LOUIS VEUILLOT ET LE DENTISTE

Louis Veuillot ne fut pas toujours le polémiste passionné, le journaliste redoutable qui meurtrissait plus que l'échine de ceux qu'il caressait de sa batte ; il fut aussi, à ses heures, un très agréable et très verveux conteur : lisez plutôt, pour vous en convaincre, le délicieux épisode d'un retour d'Evreux à Paris en diligence, ainsi qu'on voyageait encore en l'an 1863 ; le morceau est des plus lestement, des plus spirituellement troussés :

« Voilà un paquet de graisse qui monte, avec un air bête et des salutations de mauvais augure. Nous n'avions pas fait vingt tours de roue, qu'il me dit gauchement combien il se trouve heureux de voyager avec une *sommité* : « Monsieur, lui dis-je, je suis une sommité enfoncée. » — « Monsieur, me dit-il, ça n'y fait rien, et on est tout de même heureux de... » Il avait une sacoche au flanc, quelque moustache drôle, des gants louches, un habillement noir. Je ne pouvais pas lui mettre une profession sur la figure : « Qu'est-ce que vous faites dans ce monde ? » — » Monsieur, je suis chirurgien. » J'avais flairé quelque chose comme cela, mais il me restait des doutes. Je lui demandai si l'air du pays était bon pour les plaies ; il me répondit qu'il était ce qu'on appelle un chirurgien-dentaire, qu'il soignait les plaies de la bouche, qu'il guérissait les cancers de la mâchoire et faisait l'ablation des maxillaires, qu'il était répandu parmi les châteaux, et il me nomma plusieurs comtesses et marquises, et même une duchesse, dans la bouche desquelles il entre comme chez lui ; mais je ne pus lui faire avouer qu'il arrache les dents ; il ne le voulut point. « Enfin, lui dis-je, vous arrachez les dents ? » Il me répondit que la chirurgie de la bouche est une branche très importante de l'art, et qu'il a épousé la fille d'un médecin fameux, longtemps professeur au Caire. Il dit plusieurs belles choses sur l'Etre suprême, mais il n'avoua pas qu'il arrachait les dents. Cet orgueil mal placé me consola d'être poète ; au moins, j'ai l'humilité d'en convenir. »

(*La chirurgie médicale.*)

IMPRESSIONS D'UN PASSANT

Je reconnais très volontiers qu'entre les *dentistes* d'autrefois, qui suppliciaient les patients sur les places publiques, et les habiles

praticiens qui opèrent maintenant dans de luxueux cabinets, il y a un abîme.

Mais est-ce une raison pour ne pas appeler les choses par leur nom et pour les désigner par des termes inconnus du public ?

Ainsi, pourquoi l'art dentaire est-il devenu la stomatologie, comme nous l'apprend un communiqué ?

Il y a une Société de stomatologie qui vient même de célébrer le vingt-cinquième anniversaire de sa fondation. Elle se compose naturellement de dentistes. Mais comment s'en douter, à moins de connaître le grec ?

Beaucoup de professions se dissimulent ainsi sous des vocables prétentieux.

Tous ceux qui ont habité le Quartier Latin se souviennent d'une boutique élégante qui existe peut-être encore, et qui portait le titre pompeux d'*agence des mines*.

C'était tout simplement un magasin de charbons, et l'on y achetait un sac d'anthracite ou de coke, comme chez le premier charbonnier venu.

La seule différence, c'est qu'à la devanture on apercevait sur des sortes de compotiers en verre, des morceaux de charbon placés avec soin, au lieu d'en voir des tas amoncelés pêle-mêle et laissant échapper une poussière noire.

J'entrai aussi un jour par curiosité chez un coiffeur qui avait trouvé plus noble de mettre à côté de son nom en lettres d'or ce qualificatif : artiste capillaire.

Il me coupa les cheveux, comme aurait pu le faire un coiffeur ordinaire, et il me les humecta ensuite de la même façon.

Je remarquai seulement que le prix de cette taille et de ce shampoing fut plus élevé que celui que je payais d'ordinaire.

Un stomatologiste doit aussi être plus exigeant qu'un dentiste.

(*Le Populaire*, Nantes.)

ART DENTAIRE

On visitait à Londres, au Horticultural Hall, en septembre dernier, une grande exposition de l'art dentaire. Elle renfermait cent mille canines, incisives ou molaires de tous calibres; c'était une exposition modèle. Les plus récentes innovations avaient, comme il est juste, la meilleure place. C'est ainsi qu'on pouvait admirer toute une rangée de dents noires comme le jais destinées à l'exportation. Elles iront à Bangkok ou au Siam réparer la mâchoire de quelque indigène, mangeur de bétel. Ces gourmets exotiques se souciaient peu, en effet, de montrer une rangée de perles noires déparée par

des perles blanches de provenance étrangère ; plutôt que de laisser transformer leur bouche en damier, ils préféraient garder leurs dents creuses ou même n'en avoir pas du tout. Aussi ont-ils accueilli avec enthousiasme les dents noires importées d'Angleterre par un dentiste écossais. Ce praticien habile réalise des merveilles ; il a, dit-on, la plus belle clientèle de mangeurs de bétel qui soit. On voyait encore à l'exposition bien d'autres spécimens, depuis la dent blanche comme neige jusqu'à la dent café au lait. Les fumeurs pouvaient faire leur choix parmi des échantillons établis spécialement pour eux et qui passent insensiblement du jaune le plus tendre au vieil ivoire le plus patiné. Il y a avait encore des dents longues pour les races du Nord et des courtes pour les races du Midi ; une firme, qui en exporte 10 millions par an, offrait le spectacle de toutes les variétés connues. En parcourant l'exposition de l'Horticultural Hall on s'apercevait que l'odontologie est un art et on apprenait à connaître l'humanité.

(*L'Indépendant*, Fribourg.)

REMÈDES D'AUTREFOIS

Comment on guérissait les maux de *dents*, il y a sept cents ans.

Dans la « Normandie Pharmaceutique », M. Alfred Poussier publie un certain nombre de recettes médicales extraites d'un curieux manuscrit provenant de l'abbaye de Jumièges.

Ces recettes sont originales. En voici une contre le mal de dents :

« Pour mal des denz prenez de la tourbe de prael (de pré) e la meitez cuire en l'astre (l'âtre) comme un gastel (gâteau). Et puis mettez l'erbe (l'herbe) sur vostre face en droit l'enfermeté, e emprès mettez un pastel (un pâté) fait de restenbeuf (de la plante appelée bugrane ou « arrête bœuf » (rétanbeuf), sur la tourbe. Faitesle III fes (trois fois) quand le mal vous prendra : jamès mal n'aurez en dent. »

C'est simple comme procédé ; mais était-ce efficace ?

(Journal d'Alsace-Lorraine.)

LE CLOU DE CERCUEIL ET LE MAL AUX DENTS

En Belgique, la Wallonie voudrait être distinguée des Flandres. Les Wallons tiendraient presque les Flamingants pour des dévots béotiens.

Mais leur supériorité ne les préserve pas du mal de dents. Et

voici, au lieu du recours au dentiste, le remède populaire du pays wallon contre cette rage.

Un « ségneu », ou guérisseur du village, touche la dent malade avec un clou de cercueil. Puis, à minuit, il va enfoncer ce clou dans un arbre fétiche. La douleur doit cesser à mesure que le clou de cercueil rentre dans l'arbre.

Le seul avantage est que ça coûte moins cher qu'à l'église. On s'en tire avec une chope.

(*La Raison.*)

DE COTÉ ET D'AUTRE

Ah ! quel génie !...

Un dentiste fait distribuer sur le boulevard, à Paris, un prospectus où différentes personnes témoignent de son génie — discrètement, d'ailleurs, sous de simples initiales.

Mme Z... atteste :

« Vous m'avez extirpé quatre molaires en une fois. J'étais heureuse. »

M. K... :

« Six dents enlevées sans douleur ! Merci. Je reviendrai. »

Du même, plus tard :

« Je suis revenu. Je reviendrai toujours. »

Toujours ! Combien de dents a-t-il, M. K... ?

Mme H... se pâme :

« Sept extractions en trois séances. Ah ! quel plaisir ! »

Ah ! quel dentiste !...

(*La Dépêche de Rouen*, 10 juin 1914.)

NOUVELLES

Examen de validation de stage.

La session d'examen de validation de stage de 1914 est terminée à Paris. Elle a donné les résultats suivants :

	Candidats présentés.	Candidats validés.	Pourcentage.
Ecole dentaire de Paris. .	7	6	85,7 o/o
Autres centres d'enseignement.	18	10	55,5 o/o
Total.	25	16	64 o/o

Examens de fin d'année de scolarité.

Ces examens ont donné les résultats suivants pour la session de juin 1914.

1re année.

	Candidats présentés.	Candidats reçus.	Pourcentage.
Ecole dentaire de Paris. .	43	36	84 o/o
Autres centres d'enseignement.	69	53	76,8 o/o
Total.	112	89	78,7 o/o

2e année.

	Candidats présentés.	Candidats reçus.	Pourcentage.
Ecole dentaire de Paris. .	29	25	86,2 o/o
Autres centres d'enseignement.	27	23	85,1 o/o
Total.	56	48	85,7 o/o

Il résulte de ce tableau que le pourcentage le plus élevé est celui de l'École dentaire de Paris.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Réginald Wicker avec Mlle Lily Hodges, célébré le 11 juillet.

Nous adressons nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Cercle odontologique de France.

Une assemblée générale extraordinaire du Cercle Odontologique de France a eu lieu le jeudi 9 juillet 1914, à 8 h. 3/4 du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de la dernière assemblée générale.
2° Correspondance.
3° Proposition de l'exclusion d'un membre.
4° Modification aux Statuts.

1° Article 9. — ... au lieu de : *Les membres pupilles sont astreints à une cotisation annuelle de 5 fr.*
changer en : Les membres pupilles ne paieront pas de cotisations.

2° Article 9 du Règlement intérieur. — Ajouter : Les membres qui ne paieront pas leurs cotisations pendant deux ans seront, de droit, considérés comme démissionnaires.

5° Propositions diverses.

Exposition de Lyon.

Notre confrère M. Eudore Dubeau, directeur de l'Ecole de chirurgie dentaire de Montréal (Canada) qui est, comme on sait, échevin de cette ville, a été désigné par l'assemblée municipale pour la représenter à l'Exposition de Lyon.

Le doctorat en médecine dentaire.

Dans une réunion tenue le vendredi 15 mai, l'Association des étudiants en dentisterie de l'Université de Strasbourg a débattu la question toujours pendante du titre de docteur en médecine dentaire. Elle a constaté avec satisfaction que des pourparlers étaient engagés à ce sujet entre les différents gouvernements fédérés.

Non seulement la Prusse est très bien disposée, mais le Grand-duché de Bade a changé de manière de voir et soutient le mouvement (*Journal d'Alsace-Loraine*, 20 mai).

Les femmes dentistes.

Le Comité d'enseignement de Huddlersfield a nommé une femme dentiste aux appointements de 6.250 francs par an.

Il est bon de rappeler à ce propos que c'est seulement depuis

quelques années que les femmes sont admises à obtenir le grade de L. D. S. (licencié en chirurgie dentaire) par le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre et l'on en compte seulement deux possédant ce grade.

On compte cinq élèves femmes actuellement au National dental Hospital de Londres, le seul qui admette les étudiants féminins.

Clinique dentaire scolaire transportable.

Le nombre des enfants fréquentant la clinique dentaire scolaire de Dortmund (Allemagne) est tellement grand qu'ils perdent un temps précieux à s'y rendre et à y attendre les soins nécessaires. On a donc songé à organiser une clinique transportable qui se compose d'un fourgon de 6 m. 1/2 de large, offrant extérieurement l'aspect d'une roulotte. Ce fourgon est éclairé par de larges fenêtres sur les côtés et par un ciel ouvert ; l'intérieur est peint en blanc. Il compte plusieurs fauteuils d'opération, une armoire à instruments, un vestiaire, etc. Une batterie d'accumulateurs actionne les tours. Ce fourgon se transporte aux diverses écoles et les élèves y reçoivent les soins voulus.

34e Congrès des dentistes allemands.

Le 34e Congrès des *dentistes* allemands a eu lieu à Hanovre du 3 au 7 juin. Il comprenait des délégués des divers Etats confédérés, des diverses provinces et villes de l'Empire. Il s'est occupé notamment de la création dans la plupart des villes d'écoles d'apprentis-mécaniciens sur le modèle de celles qui existent à Munich, Breslau, Cologne, Berlin, Hanovre, etc.

Chez le dentiste.

Un joaillier du boulevard de Sébastopol détenait un sautoir de 70 perles, valant 25.000 francs, et deux colliers, composés l'un de 93 perles, l'autre de 90 ; sautoirs et colliers appartenant à Mme X. Le joaillier, M. L., reçut le 27 avril la visite d'un boursier, qu'il connaissait sous le nom de J. J., qui admira le sautoir et les colliers ; le lendemain, il téléphonait qu'il aurait acquéreur si la propriétaire des bijoux acceptait de s'en défaire.

Le 29 avril, J. demanda à M. L. de lui confier sautoir et colliers

pour les montrer à l'acquéreur et arrêter un prix. Le bijoutier crut assez donner à la prudence en remettant les objets à son beau-père, M. K. qui accompagna J. au domicile de l'acheteur supposé.

Les deux hommes, l'un menant l'autre, se rendirent chez un dentiste de l'avenue de l'Opéra. Après une station de quelques minutes dans un salon d'attente, J. pénétra dans le cabinet du praticien, non sans s'être fait remettre, au préalable, sautoirs et colliers.

Il se fit froidement arracher une molaire et, par une porte du cabinet ouvrant sur le vestibule, il s'en alla, laissant M. K. s'impatienter dans le salon d'attente.

Sous son véritable nom, Simon-Louis-Antoine J. avait commis un vol identique au préjudice d'un autre bijoutier, M. L.

La plupart des bijoux dérobés, et notamment ceux de Mme X. avaient été engagés au Mont-de-Piété, à Londres.

Lorsqu'elle en fut avisée, Mme X. dut solliciter une ordonnance de référé pour être autorisée à faire dégager au plus tôt les bijoux, les frais de Mont-de-Piété étant considérables et grossissant assez rapidement.

Le 28 avril dernier, par devant la 10e chambre correctionnelle, Simon a été condamné à deux ans de prison et 50 francs d'amende.

34e ANNÉE. N° 15 30 DÉCEMBRE 1914 Vol. LII

L'ODONTOLOGIE

A nos Lecteurs

La mobilisation générale qui a suivi la déclaration de guerre a appelé sous les drapeaux un grand nombre de membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France. Le fonctionnement de tous les organes de ces groupements : Ecole, Dispensaire, Société d'odontologie, Journal, etc., s'en est trouvé atteint et force nous a été de suspendre ce fonctionnement pendant un certain temps. Toutefois, la mobilisation ayant coïncidé avec le commencement des vacances, la dispersion momentanée de nos sociétaires, qui se produit tous les ans à cette époque, s'est fait moins sentir que si elle s'était produite dans une autre période.

Mais peu à peu les membres de nos sociétés laissés dans leurs foyers comme déliés temporairement ou définitivement de toute obligation militaire se sont rapprochés et, après examen par les Bureaux de la situation actuelle, il a semblé nécessaire, en prévision de la longue durée probable des hostilités, de reprendre la vie professionnelle interrompue au moyen

des éléments existants, et de donner les manifestations habituelles de cette vie dans une proportion réduite, mais néanmoins aussi large que possible.

Nous devons toutefois, avant de reprendre le cours de nos réunions et de nos travaux, mettre nos lecteurs au courant des faits professionnels de cette période de quatre mois pendant lesquels nous avons dû interrompre la publication de L'Odontologie ; *on y verra que notre Groupement n'est pas resté inactif.*

Au jour de la mobilisation, nous avions dû fermer l'Ecole et son Dispensaire par suite du départ sous les drapeaux d'un grand nombre de membres de notre corps enseignant. Mais, ayant appris que presque toutes les consultations dentaires des hôpitaux étaient fermées, nous n'avons pas voulu que la population parisienne nécessiteuse, plus nombreuse encore que de coutume par suite de l'état de guerre, fût dépourvue de tout traitement dentaire durant cette période. C'est pourquoi nous avons, quelques jours après sa fermeture, réouvert notre Dispensaire, en faisant appel au concours des très nombreux membres de notre Société qui, sachant que notre groupement est toujours à la tête des œuvres d'initiative généreuse, étaient venus spontanément se mettre à notre disposition. Nous sommes heureux de transmettre ici les remerciements du Conseil d'Administration de l'Ecole à ces membres dévoués grâce auxquels notre Dispensaire a pu, durant trois mois, jusqu'à la réouverture de l'Ecole, donner ses soins aux nombreux malades souffrant des dents qui s'y sont présentés.

L'Ecole, désireuse de ne pas entraver les études des étudiants en chirurgie dentaire, a repris ses cours théoriques et pratiques, ainsi que ses cliniques, le 3 novembre et elle assure l'enseignement des élèves avec le personnel non mobilisé auquel sont venus se joindre quelques anciens membres de son corps enseignant.

Mais les circonstances graves que traverse la

France traçaient d'autres devoirs aux chirurgiens-dentistes, dont le rôle, jusqu'à ces derniers temps, a été si souvent méconnu ; il leur convenait de montrer spontanément, puisque on n'avait pas fait d'avance appel à leur concours, le rôle considérable qu'ils sont appelés à jouer en temps de guerre pour le soulagement et le traitement des malheureux blessés des maxillaires et de la face que cette guerre de tranchées fait encore plus nombreux que les guerres précédentes.

C'est dans ce but que dès le lendemain de la déclaration de la guerre, le 5 août, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris décida, sur la proposition de M. Paul Martinier, professeur de prothèse restauratrice à l'Ecole, la création d'un COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE.

Le Conseil d'Administration de la Société ayant constitué un Bureau du Comité, dont on trouvera la composition plus loin, ce Bureau chargea M. le Dr Maurice Roy, professeur de clinique stomotologique, et M. P. Martinier de l'organisation et de la direction de ce Comité.

La Société de l'Ecole mit à la disposition du Comité son personnel, ses laboratoires et ses salles de cliniques, et le Comité fut composé des membres non mobilisés du corps enseignant de l'Ecole, ainsi que des membres des différentes sociétés professionnelles qui voulurent bien répondre à l'appel que l'on trouvera plus loin et qui fut adressé à tous les dentistes français.

Il fallait avant tout familiariser les membres du Comité avec les différents genres de travaux et d'opérations qu'ils devaient être appelés à exécuter. C'est dans ce but que, dès les premiers jours de la création; M. Roy, chef du service clinique, et M. Martinier, chef du service technique, firent une série de conférences et de démonstrations pratiques et, dès le 9 septembre, les premiers blessés se présentaient à la clinique et pouvaient recevoir les soins nécessaires à leur état.

Le Comité prenant à sa charge tous les frais d'appareils nécessaires aux blessés soignés à la clinique, une souscription publique a été ouverte pour subvenir à ses dépenses.

Le Comité fonctionne de la façon suivante :

Les blessés transportables sont soignés à sa clinique. 45, *rue de la Tour-d'Auvergne ; ils proviennent des différentes ambulances de la région parisienne, un certain nombre d'entre eux après transfert d'ambulances provinciales. Les blessés non transportables sont soignés sur place dans les divers hôpitaux.*

M. Roy a organisé dans son service de la Pitié une annexe du Comité.

Chaque blessé est examiné par M. Roy, chef du service clinique, qui en dirige et en surveille le traitement, d'accord avec M. Martinier, chef du service technique, qui dirige la confection des appareils.

Les deux chefs de service sont secondés par les membres du Comité qui sont chargés chacun du traitement d'un certain nombre de blessés.

Il a été déjà soigné à l'heure actuelle plus de 250 *blessés, sur lesquels il a été dès maintenant placé* 80 appareils.

Le Comité poursuit activement sa tâche que la durée de la guerre ne paraît pas, hélas ! devoir interrompre de sitôt. Les chefs de service et le Bureau du Comité sont cependant désireux d'adresser dès à présent leurs remercîments à tous les collaborateurs qui ne cessent de leur apporter leur dévoué concours pour le soulagement de nos vaillants blessés.

Tels sont les faits intéressant notre Groupement que nous avons à signaler depuis la suspension de notre publication. Mais maintenant nous avons décidé de reprendre la vie professionnelle interrompue ; c'est dans ce but que nous projetons des séances, sinon mensuelles, du moins trimestrielles de la Société d'odontologie de Paris et que nous avons décidé la publication de

L'ODONTOLOGIE, *qui a cessé de paraître depuis fin juillet, mais en réduisant les deux numéros par mois à un seul et le texte à 24 pages environ, au lieu de 48.*

Ajoutons que notre imprimeur, ayant eu presque tout son personnel mobilisé et ayant été mobilisé lui-même, a dû fermer sa maison pendant trois mois et ne l'a réouverte qu'avec un nouveau personnel qu'il a formé pour la circonstance.

Nous faisons donc appel à l'indulgence de nos lecteurs, abonnés ou sociétaires, pour excuser les défectuosités qu'une publication de cette importance pourra présenter.

Lorsque les circonstances le permettront, nos lecteurs peuvent être assurés que nous rendrons à L'ODONTOLOGIE *sa marche normale et sa valeur habituelle, qui font de cet organe un des périodiques dentaires les plus connus et les plus appréciés.*

Les événements qui se déroulent en ce moment sur une grande partie de l'Europe et d'où dépendent non seulement la grandeur et la prospérité de notre pays, mais son existence même, nous font un devoir de resserrer les liens qui unissent les membres de notre profession, appelés à remplir, beaucoup du moins, un rôle comme combattants ou comme auxiliaires du Service de santé. C'est dans les épreuves comme celles que nous traversons qu'on éprouve le besoin de se sentir les coudes, et jamais l'union, qui est dans la devise de notre Société, ne s'est trouvée plus justifiée que dans la partie gigantesque qui se joue en ce moment et où plus que partout ailleurs l'union fait la force.

Au moment où nous reprenons notre publication nous nous ferons un devoir d'adresser un cordial salut et nos vœux sincères à tous nos confrères mobilisés et en particulier à ceux d'entre eux qui ont déjà payé de leur sang l'accomplissement de leur tâche patriotique ; souhaitons leur un prompt et complet rétablissement.

Saluons aussi tous nos braves soldats qui défendent glorieusement les destinées de la patrie et la civilisation contre la barbarie germanique; nous sommes convaincus qu'ils sauront par leur vaillance assurer la victoire à notre drapeau.

La Rédaction.

Ordre du jour

Le Comité de rédaction de L'Odontologie, *considérant le caractère donné à la guerre actuelle par les Allemands et les Autrichiens, a décidé, en conformité avec les décisions prises par les différents groupements scientifiques, littéraires et artistiques français, d'exclure du nombre de ses correspondants les collaborateurs allemands et autrichiens:*

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE

Constitution du Comité.

1. — La Société de l'Ecole et du Dispensaire Dentaire de Paris a décidé la création d'un Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face ayant pour but d'assurer le traitement des lésions traumatiques des mâchoires, leur restauration prothétique, ainsi que celles des mutilations de la face.

2. — La Commission exécutive chargée de la direction du Dispensaire pendant la guerre est chargée de l'organisation des différents services du Comité et de leur direction.

3. — La Société de l'Ecole met à la disposition du Comité les différents services du Dispensaire avec leur personnel, qui pourront être jugés nécessaires par la Commission exécutive (service des cliniques, laboratoires, etc.).

Le Comité est composé du personnel enseignant de l'Ecole resté à Paris et de toutes les personnes de bonne volonté dont il jugera le concours utile.

4. — La Commission exécutive est composée des deux vice-présidents de la Société, MM. Roy et d'Argent; du membre du Bureau faisant fonction de secrétaire général, M. H. Villain, et des deux présidents honoraires, MM. P. Martinier et L. Viau.

Bureau du Comité :

Godon, Président d'honneur.
Roy, Président et chef du service clinique.
G. Viau, Vice-Président.
H. Villain, Secrétaire,
Martinier, Chef du service technique.
D'Argent, chef du service administratif.
L. Bioux, trésorier.

Circulaire du Comité.

Paris, le 5 août 1914.

Monsieur[1],

Nous avons l'honneur de vous informer que la *Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris* a organisé un *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* qui a pour but, grâce au concours des membres les plus qualifiés de notre corps enseignant et de notre Société, d'assurer le traitemcnt des lésions traumatiques des mâchoires, leur restauration prothétique, ainsi que celle des mutilations de la face (fractures des maxillaires, prothèse immédiate et tardive, restauration du nez, de la joue, des oreilles) par les méthodes les plus modernes et les plus rationnelles.

Ces lésions sont malheureusement fréquentes, comme le montrent les statistiques établies pour les guerres précédentes, et les chirurgiens-dentistes sont tout particulièrement qualifiés pour

1. Cette circulaire a été adressée à tous les dentistes de France.

leur traitement, qui exige une technique spéciale extrêmemen délicate. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de groupe tous ceux qui peuvent rendre avec compétence des services dan le traitement de ces lésions afin de permettre aux directeurs de Services de santé militaires et aux médecins des diverses formations sanitaires de trouver facilement les concours nécessaires dans ces différents cas.

Nous nous mettons entièrement à la disposition de ces Services pour traiter tous les malades ressortissant à notre spécialité, soit qu'il s'agisse de malades pouvant se déplacer et qui seraient soignés à notre clinique, soit qu'il s'agisse de malades ne pouvant se déplacer et qu'un de nos membres irait soigner sur place.

Notre Société prend à sa charge tous les frais d'appareils nécessaires, ce qui (nous nous permettons de le faire observer) n'est pas négligeable, ces appareils nécessitant fréquemment l'emploi de métaux précieux : or, argent, platine et parfois en qualité très importante.

Nous serions heureux si vous pouviez vous associer à notre œuvre, soit en nous apportant votre concours, soit en participant à la souscription organisée au profit du *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* et nous faisons un pressant appel à tous pour contribuer à cette œuvre de solidarité patriotique.

Nous vous serions en outre très obligé si vous pouviez informer de l'existence de notre Comité les médecins des diverses formations sanitaires que vous pourriez connaître particulièrement, afin de nous permettre de faire profiter des avantages de notre organisation le plus grand nombre possible de nos pauvres et vaillants blessés.

Veuillez agréer, etc. LE COMITÉ.

Les souscriptions doivent être adressées à M. L. Bioux, Trésorier du Comité, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris 9e.

Circulaire du Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris.

La circulaire suivante a été adressée par le Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris à tous les médecins de son ressort.

Gouvernement militaire de Paris
—
Direction du Service de Santé
N° 20, M. B. 57
—

Paris, le 15 octobre 1814.

Le médecin inspecteur général, Directeur du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris à Monsieur le médecin major de...........

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a organisé un Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, qui a pour but

d'assurer le traitement des lésions traumatiques des mâchoires, leur restauration prothétique, ainsi que celle des mutilations de la face. Ce Comité se met entièrement à la disposition des services de chirurgie des différentes formations sanitaires du Gouvernement militaire de Paris pour traiter les blessés de cette catégorie, soit qu'il s'agisse de blessés ne pouvant se déplacer et qu'un des membres du Comité irait alors soigner sur place, la Société prenant à sa charge tous les frais d'appareils nécessaires, soit qu'il s'agisse de blessés pouvant se déplacer qui seraient soignés à la clinique de l'Ecole dentaire, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, et Cité Milton, 5 *bis*.

Je serais très heureux, en conséquence, que cette offre généreuse fût appréciée comme elle mérite de l'être, afin de permettre au plus grand nombre possible de blessés de la face d'en bénéficier et que les formations sanitaires de votre ressort fissent appel, le cas échéant au concours du Comité, en adressant leurs demandes à M. le docteur Maurice Roy, son président, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris, qui s'empressera d'y donner suite.

Signé : FÉVRIER.

Appel aux souscripteurs.

Le 1er novembre le Comité adressa l'appel suivant à tous les dentistes.

Paris, le 1er novembre 1914.

Monsieur et cher Confrère,

Nous sommes heureux de vous informer que notre Comité vient d'être officiellement reconnu par le directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, qui a invité tous les médecins de son ressort à nous adresser tous les blessés de la face et des maxillaires. En raison de l'affluence des malades que nous soignons déjà et de l'augmentation considérable de leur nombre que va entraîner cette reconnaissance officielle, nous faisons un pressant appel à tous nos confrères pour qu'ils contribuent dans la mesure de leurs moyens à la souscription ouverte en faveur du Comité et pour qu'ils insistent auprès de leur clientèle afin qu'elle apporte son obole à notre œuvre de solidarité patriotique.

Mais en outre des considérations patriotiques qui s'imposent à tous, nos confrères se doivent encore de contribuer plus largement à la souscription ouverte pour cette œuvre organisée par des dentistes qui montre l'importance des services que ceux-ci peuvent rendre dans les graves circonstances que nous traversons.

Il importe que nous puissions faire face à toutes les dépenses que cette vaste organisation nécessite. Toutes les souscriptions, même les plus modiques, sont accueillies avec reconnaissance et nous comptons absolument sur votre concours personnel.

Recevez, etc. LE COMITÉ.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PROTHÈSE DENTAIRE DANS LA CHIRURGIE DE GUERRE

Par MM.

P. Martinier
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, Dentiste des Asiles de la Seine.

Maurice Roy
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, Dentiste des Hôpitaux.

Si, dans la généralité des cas de la pratique ordinaire, la prothèse dentaire se borne au remplacement des dents perdues dans un but à la fois fonctionnel et esthétique, il serait erroné de croire que son action se borne toujours à ce rôle un peu particulier. Elle doit jouer, en effet, dans la pratique chirurgicale, un rôle relativement important sur lequel nous voudrions appeler l'attention des chirurgiens, en raison des circonstances actuelles, qui nécessitent plus particulièrement les services que cette prothèse est appelée à rendre.

L'art de remplacer des organes supprimés, soit par accident, soit par intervention chirurgicale, constitue la prothèse. La prothèse restauratrice est des plus anciennes et Ambroise Paré la définissait brièvement, en écrivant qu'elle est formée de l'ensemble « des moyens et artifices d'ajouster ce qui défaut naturellement ou par accident ». Si, par sa technique, elle s'est élevée de nos jours à une rare perfection, la prothèse reste toujours guidée par les mêmes principes généraux.

L'avènement de l'asepsie a permis de concevoir de nouvelles méthodes prothétiques ; après la prothèse immédiate est venue la prothèse interne (prothèse cranienne, prothèse des os, des membres, etc.) et le rapprochement qu'elles ont provoqué entre le chirurgien et le prothésiste s'annonce comme fécond en résultats.

Disons enfin que la prothèse chirurgicale est une branche bien française de l'art du dentiste dont l'éclat rejaillit sur notre pays, puisque c'est un Français, Claude Martin,

de Lyon, qui l'a créée de toutes pièces, et c'est grâce à lui et à l'Ecole française que cette spécialité est arrivée aujourd'hui à une grande perfection.

Les cas qui sont justiciables de la prothèse dentaire ne concernent pas uniquement, comme certains pourraient le croire, la réparation tardive des pertes de substances des maxillaires et des régions annexes ; en effet, il est encore tout un ordre de lésions qui sont du ressort immédiat du chirurgien-dentiste et qui sont justement fréquentes dans les blessures de guerre : les fractures des mâchoires.

1° FRACTURES DES MACHOIRES. — A. *Fractures du maxillaire inférieur.* — Ces fractures ne peuvent le plus souvent être traitées par les moyens dont dispose habituellement le chirurgien, car les divers bandages, les différents systèmes d'attelles usités dans le traitement des autres fractures sont ici inapplicables. Certains chirurgiens tentent, dans ces cas, la suture osseuse, alors que celleci ne peut réussir qu'en milieu aseptique et qu'il s'agit d'une fracture éminemment septique. En effet, dans les fractures de la branche horizontale, qui sont les plus fréquentes et celles pour lesquelles on pratique la suture osseuse, le foyer de la fracture est et reste toujours, jusqu'à cicatrisation, en communication avec la cavité buccale et la salive.

C'est pourquoi on voit échouer le plus généralement la suture du maxillaire inférieur, avec cette aggravation qu'on a ajouté à la lésion primitive une cicatrice d'autant plus fâcheuse, vu son siège, qu'elle se complique d'une suppuration prolongée du côté cutané et buccal [1]. Cette suppuration détermine, en outre, fréquemment, une nécrose plus ou moins étendue des fragments entraînant des déformations irrémédiables. De toute façon, la suture ne saurait assurer la réduction des fragments et, après son échec,

1. Nous avons eu l'occasion, de voir un certain nombre de malades présentant des fractures du maxillaire inférieur traitées au moyen de la suture osseuse par divers chirurgiens, et, dans tous ces cas, outre l'absence complète de consolidation, cette intervention a eu les conséquences les plus fâcheuses au point de vue fonctionnel et esthétique et elle a, dans tous ces cas, rendu singulièrement difficile le traitement normal qui a dû être appliqué par la suite.

cette réduction devient souvent très difficile à réaliser; cependant, c'est là un des points essentiels dans le traitement des fractures du maxillaire comme dans toutes les fractures. En effet, le traitement d'une fracture d'un membre doit avoir pour but non seulement de réaliser la continuité de la diaphyse fracturée, mais encore d'assurer la conservation de la valeur fonctionnelle du membre blessé. C'est ainsi que, dans le traitement d'une fracture de la jambe, tous les efforts du chirurgien tendront à éviter la claudication. Si ce résultat n'était pas obtenu, le malade, quoique guéri, resterait un infirme.

Le même raisonnement doit s'appliquer aux fractures des maxillaires et particulièrement du maxillaire inférieur. On doit donc s'efforcer de conserver à cet os son intégrité fonctionnelle, c'est-à-dire son aptitude à assurer une bonne mastication. Pour obtenir ce résultat, il faut avant tout assurer une bonne réduction de la fracture par la reconstitution de l'engrènement interdentaire normal.

Or, le traitement des fractures du maxillaire inférieur, qui présente tant de difficultés et d'aléas pour le chirurgien, est d'une simplicité relativement très grande entre les mains du dentiste. Grâce aux procédés qu'il emprunte à la technique de la prothèse dentaire et grâce aux attelles que celle-ci lui permet de confectionner, il arrive à réduire et à traiter ces fractures dans le minimum de temps et avec la quasi-certitude d'obtenir, dans presque tous les cas, *surtout s'ils sont récents,* les meilleurs résultats au point de vue fonctionnel et au point de vue esthétique.

B. *Fractures du maxillaire supérieur.* — Les diverses considérations que nous venons d'émettre, au sujet des fractures de la mâchoire inférieure, s'appliquent également au traitement des fractures du maxillaire supérieur, qui est entièrement du ressort du dentiste. A l'aide de procédés analogues à ceux employés pour la mâchoire inférieure, il réduit et immobilise parfaitement ces fractures et assure la réparation dans le minimum de temps et avec le minimum de dommages.

2° Les pertes de substances osseuses. — La prothèse dentaire trouve là son élément essentiel ; elle peut recourir à deux procédés différents : l'un, la *prothèse externe,* s'il s'agit d'appareils restant en communication avec le milieu externe ; l'autre, la *prothèse interne,* si l'on utilise les appareils perdant tout rapport avec le milieu externe, en escomptant la tolérance des tissus, dans certaines conditions, à l'égard des corps étrangers.

La prothèse externe comprend :

1° *La prothèse tardive,* qui a lieu un certain temps après l'opération ou l'accident qui a supprimé l'organe qu'elle se propose de remplacer, lorsque la plaie qui en est résultée est complètement cicatrisée.

Ce travail de cicatrisation entraîne le plus souvent la formation de brides fibreuses rétractiles qui s'opposent à l'application d'un appareil de prothèse. La réduction des cicatrices vicieuses constitue le premier stade de toute tentative de restauration prothétique tardive.

2° *La prothèse immédiate,* qui a pour but de s'opposer d'emblée à la rétraction cicatricielle par l'introduction dans les tissus d'un appareil destiné à remplacer la portion de squelette reséquée. *Cet appareil est essentiellement provisoire.* Lorsque, grâce à lui, une cicatrisation correcte s'est effectuée, il est enlevé et cède la place à un appareil mobile.

La prothèse interne a pour but de remplacer des segments squelettiques ou certains organes à l'aide d'appareils enfouis d'une façon définitive au sein des tissus vivants.

La *prothèse externe,* soit immédiate, soit tardive, est seule applicable aux pertes de substances des maxillaires.

La *prothèse interne* est applicable aux pertes de substances dans la continuité des autres os ; rappelons que c'est grâce au concours des dentistes que les chirurgiens ont pu réaliser les beaux cas de prothèse cranienne publiés jusqu'ici et dont M. Delair a établi la technique d'une façon parfaite.

3° Les mutilations de la face. — Les traumatismes de guerre, plus que tous autres, laissent fréquemment après eux des mutilations de la face que l'autoplastie, mal-

heureusement, est souvent impuissante à réparer ; c'est un nez, une joue, une lèvre complètement détruits qui laissent béantes les cavités buccale ou nasale, souvent les deux, ce qui a amené le dentiste à s'occuper de combler et de dissimuler ces pertes de substances que ses connaissances techniques spéciales le rendaient apte à réparer.

Des merveilles d'ingéniosité ont été réalisées dans ce but par Préterre, Delalain, Claude Martin, Delair, pour ne citer que les plus connus. De plus, en ces dernières années, un nouveau procédé de restauration prothétique de la face a été imaginé qui réalise un progrès immense au point de vue esthétique en permettant de dissimuler, d'une façon presque absolue, ces pertes de substances qui font de ceux qui en sont atteints un objet d'horreur et de dégoût, et c'est encore le dentiste qui, par sa technique prothétique, réalise de véritables merveilles de restauration faciale, qu'il s'agisse d'un nez, d'une joue, d'une oreille.

Sans vouloir nous étendre davantage, on voit par ce rapide exposé que le rôle du dentiste est important dans la chirurgie de guerre ; ainsi que nous venons de le montrer, son intervention n'est pas toujours tardive, car il a un rôle immédiat et capital à jouer dans tous les traumatismes intéressant les mâchoires et son concours est indispensable au chirurgien qui veut pratiquer la prothèse cranienne ou la prothèse immédiate des maxillaires ou d'autres os.

Mais, même dans les cas justiciables de la prothèse tardive, le chirurgien doit savoir qu'il est utile de faire appel de bonne heure au dentiste, car, grâce à sa technique spéciale, celui-ci pourra parfois, par une intervention appropriée, avant la cicatrisation complète des tissus, éviter certaines déformations, restreindre certaines rétractions cicatricielles qui rendraient plus laborieuse et moins parfaite la restauration prothétique tardive. Ce nous est une occasion de plus d'appeler l'attention des chirurgiens sur les avantages d'une collaboration plus étroite encore entre eux et les dentistes, dans les cas justiciables de la technique et de la prothèse dentaires.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Association générale syndicale des dentistes de France.

La pétition suivante a été adressée au Ministre de la Guerre par l'A. G. S. D. F.

Paris, 30 octobre 1914.

Monsieur le Ministre,

A diverses reprises, et notamment au moment du vote de la loi de trois ans[1], nous avons déjà appelé votre attention sur la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire et nous vous avons signalé l'utilité qu'il y aurait à ce que leur situation soit nettement déterminée tant dans leur intérêt que dans l'intérêt même des corps de troupes auxquels ils sont à même de rendre de grands services.

Ces services, ils peuvent les rendre non seulement au point de vue de leur pratique spéciale, mais encore également dans la guerre présente au point de vue chirurgical général en raison de leurs connaissances médicales, comme cela a déjà lieu dans plusieurs formations sanitaires.

Avec la mobilisation un grand nombre de chirurgiens-dentistes ont été appelés sous les drapeaux, mais avec des affectations diverses qui les empêchent d'être utilisés au mieux des intérêts du service.

Sans revenir sur les arguments développés dans le rapport que nous vous avons déjà adressé le 15 mars 1913 et dont nous joignons une copie à la présente, l'expérience de la guerre actuelle, comme le prouvent les lettres qui nous parviennent de tous côtés, montre les inconvénients résultant pour l'armée de l'absence de dentistes militaires. L'état de guerre, en effet, ne supprime malheureusement pas les maux de dents, que les conditions de fatigue et d'hygiène inhérentes à cet état favorisent au contraire.

Or, sans même nous arrêter aux complications graves qui peuvent résulter des affectations dentaires, il est un point bien connu, c'est que les douleurs qu'elles occasionnent sont parmi les plus violentes et les plus aiguës qu'on puisse ressentir et qu'en raison de ce fait elles exercent une influence profonde sur les

1. Voir entre autres les pétitions antérieures des 15 mars 1913, 30 mai 1913.

individus qui en sont atteints. auxquels elles enlèvent souvent tout ressort et toute énergie.

A un moment où les hommes doivent, pour le salut de la patrie fournir le maximum de résistance morale et physique, est-il possible, comme cela nous est signalé, qu'un soldat puisse rester sans inconvénient au point de vue militaire 12 heures immobile sous le feu de l'ennemi en souffrant d'une rage de dents provoquée par une pulpite ? Peut-on obtenir des marches prolongées d'un homme en proie aux douleurs térébrantes d'un abcès dentaire qui lui enlève toute résistance ?

Et cependant ces souffrances, qui peuvent être si graves par leur conséquences, pourraient être promptement et radicalement supprimées s'il existait seulement un dentiste dans chaque unité régimentaire avec un matériel restreint pour assurer les soins d'urgence.

Faute de ce rouage utile, on diminue la résistance de nos soldats par les souffrances qu'on leur laisse endurer, par les troubles d'alimentation qui les accompagnent toujours et augmentent ainsi le nombre des indisponibles. C'est ainsi qu'on peut voir dans les hôpitaux, nous en avons des exemples, des hommes renvoyés du front et hospitalisés simplement pour un abcès dentaire alors qu'une intervention faite par un dentiste, sur les lieux proches du combat, aurait immédiatement soulagé ces soldats, sans les soustraire à leur fonction et en leur rendant aussitôt ressort et résistance.

Pour obvier à tous ces inconvénients, à ces souffrances qui diminuent involontairement pour eux la valeur d'un certain nombre de nos vaillants soldats, que faudrait-il ? Simplement que, comme dans un certain nombre d'armées étrangères, les États-Unis particulièrement, un dentiste soit spécialement attaché à chaque régiment pour donner aux hommes les soins et le soulagement nécessaires.

La situation de ce dentiste militaire serait facile à établir, tout au moins pour la durée de la guerre, par assimilation avec celle des pharmaciens et des vétérinaires et ils seraient placés sous la direction du Service de santé.

Telles sont, Monsieur le Ministre, les quelques observations que, dans les circonstances actuelles, nous désirons vous présenter, convaincus que, si vous voulez bien en tenir compte, elles ne pourront que contribuer au maintien de la santé et de la résistance de nos vaillantes troupes.

Veuillez agréer, etc.

Le secrétaire général, H. Villain. *Le président*, L. Bioux.

LETTRE DU MINISTÈRE DE LA GUERRE RELATIVE A L'INCORPORATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES SECTIONS D'INFIRMIERS

Nous avons reçu du Ministre de la Guerre la lettre suivante relative à l'incorporation des chirurgiens-dentistes dans les sections d'infirmiers.

Ministère
de la guerre
—
7e Direction
Service de santé
—
Cabinet du Directeur
—

République Française
—

Paris, le 15 octobre 1914.

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 1er octobre 1914, j'ai l'honneur de vous faire savoir qu'une mesure générale prescrivant l'affectation de chirurgiens-dentistes aux sections d'infirmiers ne peut être prise sans porter préjudice aux corps de troupes où ces spécialistes sont appelés à rendre des services.

Ceux de vos adhérents qui désireraient être versés dans les sections d'infirmiers, qu'ils soient déjà incorporés ou qu'ils fassent partie des classes en formation, doivent m'adresser une demande individuelle qui sera l'objet d'un examen particulier de ma part, et d'après lequel je prescrirai les affectations nécessitées par les besoins du service.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le ministre et par son ordre :
Le directeur du service de santé,
DUPUY.

NÉCROLOGIE

François Ducournau.

On annonce la mort, survenue le 31 octobre, de M. François Ducournau, un des fondateurs de l'Association odontotechnique, professeur à l'Ecole odontotechniqne pendant de longues années. Il avait rempli de nombreuses fonctions administratives dans cette association et cette école, et était président honoraire et professeur honoraire. Il avait pris part aux divers congrès nationaux et aux congrès internationaux de Paris, en 1889 et en 1900; il fut un des vice-présidents de ce dernier. Il était malade depuis quelques mois. La mort d'un de ses deux fils mobilisés, tué à Thiaucourt le 27 septembre, hâta sa fin.

Nous avons regretté de ne pas avoir appris à temps la nouvelle de cette mort pour pouvoir assister aux obsèques; mais nous adressons à la famille de M. Ducournau et à nos collègues de l'Ecole odontotechnique toutes nos condoléances.

François Billet.

C'est avec une profonde tristesse que nous avons appris la mort, à l'âge de 58 ans, de notre excellent confrère François Billet, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

Il est décédé le 29 octobre 1914 à Montrichard (Loir-et-Cher), chez des amis où il passait quelque temps. C'est là qu'a eu lieu une inhumation provisoire, en raison des événements actuels, dans la plus stricte intimité, le corps devant être transféré ultérieurement dans le caveau de la famille à Juziers (Seine-et-Oise).

François Billet, depuis de longues années, membre de notre Groupement, a occupé de nombreux postes dans nos Sociétés et les a toujours remplis avec dévouement. Très sympathique à tous, il ne comptait parmi nous que des amis.

Nous adressons à ses fils et à toute sa famille nos très vives condoléances et nos plus sincères regrets.

Jules Noël.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort d'un des plus anciens membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire den-

taires de Paris, M. Jules Noël, décédé à Carignan (Ardennes), à l'âge de 84 ans. Il avait été un des premiers souscripteurs de l'Ecole dentaire de Paris.

Il avait eu avant 1870 la première idée de la mitrailleuse. Il s'engagea pendant la guerre, eut un bras cassé par une balle, fut décoré de la Légion d'honneur sur le champ de bataille et nommé capitaine.

Oncle d'un de nos confrères, membre de l'A.G.S.D.F, M. Schwartz, de Nîmes, il contribua avec M. Ninck, beau-père de ce dernier, et son frère, aux expériences des premiers appareils en caoutchouc vulcanisé qui eurent lieu à l'usine des Sablons, près de Metz.

Son fils Gaston est mort jeune et un autre fils s'est tué dans une chute d'aéroplane, il y a 4 ans, tandis qu'il était pilote militaire.

Nous adressons à toute sa famille et en particulier à M. Schwartz nos très sincères condoléances et l'assurance de toute notre sympathie.

NOUVELLES

A l'ordre du jour de l'Armée.

Notre collègue, M. Georges Lemerle, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été, lors de la mobilisation, affecté, en qualité de médecin aide-major de 1re classe de réserve, au 51e régiment d'artillerie. Il a été l'objet de la citation suivante à l'ordre du jour de l'armée que nous avons relevée dans le *Journal officiel* du 26 octobre :

« *Lemerle, médecin aide-major de* 1re *classe de réserve au* 51e *régiment d'artillerie : pendant l'attaque de nuit d'un village a sauvé l'échelon de la* 4e *batterie du* 51e, *grâce à son sang-froid et à son initiative.* »

Ajoutons que M. Georges Lemerle a été blessé d'un éclat d'obus pendant le bombardement de Reims, qu'il a été traité à l'asile de Saint-Maurice (Seine) et qu'il va actuellement aussi bien que possible.

En adressant à notre collègue nos félicitations pour sa belle conduite, nous lui exprimons nos souhaits de prompt et complet rétablissement.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Nous publions ci-après tous les renseignements que nous possédons sur les sociétaires membres du corps enseignant, élèves et confrères mobilisés. Nous serions reconnaissants à nos lecteurs de nous adresser toutes les informations désirables touchant leurs affectations, le lieu de leur stationnement, leur état de santé, comme aussi de nous donner toutes les indications utiles sur eux-mêmes, ainsi que celles qu'ils possèdent sur les confrères auxquels le présent numéro ne peut parvenir ou qui sont hors d'état de les fournir eux-mêmes.

La Rédaction.

André (G.), infirmier, hôpital d'évacuation 34, 2e fraction, Villers-Cotterets.

Blatter, garde des voies de communication, Issy-les-Moulineaux (Seine).

Bacri, infirmier major, hôpital temporaire no 8, Troyes (Aube).

Barrié fils, soldat de 2e classe, interné à Aix-la-Chapelle.

Baude, hôpital complémentaire no 49, Coutances.

Baudet (Georges), infirmier, Cie hors rangs, dépôt du 76e de ligne, Rodez (Aveyron).

Bechhoefer, train sanitaire, P. O. no 10, gare régulatrice, Le Bourget.

Bourgeois, caporal infirmier, 37e territorial, Cie H. R., Epinal.

Cagnoli, convois automobiles, 281e T. M., Cassel.

Cavalié (Dr.), médecin aide-major de 1re classe, chef du service de stomatologie à l'hôpital militaire St-Nicolas, Bordeaux.

Chambenoit, sergent, 13e section d'infirmiers, caserne Gribeauval, Clermont-Ferrand.

Cecconi, 72e de ligne, 29e Cie, dépôt de Morlaix, blessé le 15 septembre à Servon (Argonne).

Cecconi (Djalma), canonnier conducteur, 62e d'artillerie, Rambervillers (Vosges).

Cernéa, infirmier, 22e section, Paris.

Cotarel (J. et N.), poste de secours du 56e d'infanterie, 8e corps.

Champagne, infirmier, hôpital militaire, Versailles.

De Croës, capitaine d'infanterie, blessé, en traitement à l'hôpital St-Vincent, Rennes.

Debray (Albert), infirmier, 24e section d'infirmiers militaires, hôpital militaire de Versailles.

Dreyfus, médecin aide-major, train sanitaire permanent, Troyes.

Dupont, caporal infirmier, 148e de ligne.

Eudlitz, C. H. R., 33e régiment territorial d'infanterie, Langres.

Fié, sergent, 38e territorial, 14e Cie, Montargis.
Frey (Dr), médecin-major de 2e classe, chef du service de stomatologie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.
Ferrand, infirmier major, hôpital d'évacuation 21, Epinal.
Fonsèque, interné à Gaüwine, Ulm-s-Danube (Wurtemberg).
Gatier, dentiste, hôpital Bégin.
Gernez (Dr), aide-major, ambulance 6, 2e corps, secteur postal 118.
Guillerminet, sergent, 1re section d'infirmiers militaires, hôpital d'évacuation, Fismes (Marne).
Guillemin, 24e section d'infirmiers, hôpital militaire de Versailles.
Guesnier (Ch.), 23e territorial, 14e Cie, Caen (Calvados).
Girardin, caporal infirmier, section d'ouvriers, 13e d'artillerie, Vincennes.
Haloua, garde des voies de communication, 18e territorial, poste 1, Conflans-Ste-Honorine (Seine-et-Oise).
Hill, engagé volontaire, 1er étranger.
Housset, infirmier, 260e d'infanterie, 23e Cie, 6e bataillon, par Belfort.
Jean (Ch.), engagé volontaire.
Jean (Paul), section des infirmiers du 3e corps.
Joly, régiment territorial, Dunkerque.
Lemaze, 4e régiment d'artillerie lourde, Vincennes.
Lalemant (de Paris), caporal infirmier, Nevers.
Léger (Victor), ambulance de la 89e division territoriale d'infanterie.
Lemerle (Dr G.), médecin aide-major de 1re classe, blessé, e traitement à l'hôpital de St-Maurice (Seine).
Lemière (Dr), médecin aide-major de 2e classe, blessé au combat d'Origny-Ste-Benoîte, le 28 août, soigné à Guise, puis interné en Allemagne.
Levié, infirmier à la 22e section, hôpital Bégin.
Lubetzky, dentiste infirmier, école d'application de cavalerie, Saumur.
Machtou, infirmier à la 22e section, hôpital Villemin.
Machtou (élève), régiment d'artillerie, Alger.
Mendelsohn, blessé le 5 septembre, en traitement à l'hôpital de Luc-sur-Mer.
Mathé, 4e régiment d'artillerie lourde, Vincennes.
Martinier (G.), caporal infirmier, 23e section, Toul.
Morche, automobiliste, 22e section, camp retranché de Paris.
Miégeville, pharmacien aide-major de 1re classe, hôpital temporaire, Amiens.
Montégut, hôpital militaire, La Rochelle (Charente-Inférieure).
Moïse, 22e section, dentiste à l'hôpital annexe Bégin-St-Maurice.

Morel, (de Sedan), sous-lieutenant au 147e de ligne, blessé deux fois à Marville (Meuse), le 27 août. En convalescence.

Morineau, caporal, section hors rangs, 167e d'infanterie, Toul.

Mascaret, sergent infirmier, 2e régiment d'artillerie lourde, Vincennes.

Périquet, mort des suites de ses blessures, Vauquois (Somme).

Pailliottin, infirmier à la 22e section, hôpital Bégin.

Poggioli, 361e d'infanterie, 21e Cie, 56e division de réserve.

Robin (Georges), (Dr), médecin aide-major, nord de la France.

Roussel (Georges), service de santé, 10e armée.

Rémond, interné en Allemagne.

Ratoré, sergent infirmier, 22e section, Val-de-Grâce, Paris.

Rialland, ambulance militaire, Louviers.

Rousset, caporal infirmier, Issy-les-Moulineaux (Seine).

Russe, infirmier, 60e d'infanterie, caserne Charmont, Besançon.

Sauvanet, 7e ambulance, 9e corps d'armée.

Samclain, sergent infirmier, 22e section, Val-de-Grâce, Paris.

Sauvez (Dr), médecin-major de 2e classe, Paris.

Siffre (Dr), médecin aide-major de 2e classe, Paris.

Soinard (James), infirmier au 45e d'infanterie, interné en Allemagne.

Serres, capitaine au 6e régiment d'artillerie à pied, 7e batterie territoriale.

Solas, médecin aide-major de 2e classe.

Stœckel, train sanitaire no 4, 16e corps, Creil.

Tamisier, blessé.

Tomasini (Albert), (élève), infirmier, ambulance no 6, 42e division d'infanterie.

Tacail, sergent infirmier, bastion de la porte de Ménilmontant.

Tournade (de Saint-Dié), soldat au 31e bataillon de chasseurs, blessé le 26 août à Rambervillers.

Viau (L.), caporal infirmier, 1re ambulance, 56e division de réserve.

Villain (G.), dentiste, 13e d'artillerie, Vincennes.

Villain (H), infirmier volontaire, ambulance de Poissy (Seine-et-Oise).

Wisner (Dr), aide-major, Rosendael (Nord).

Zimmermann, maréchal des logis, 2e batterie d'artillerie lourde, 4e régiment territorial, Fort-Neuf, Vincennes.

Personnel administratif.

Godin, caporal-fourrier, 130e d'infanterie, 11e Cie, par Mayenne.

Grillet, sergent, 35e territorial, 15e Cie, Albi (Tarn).

Lamari, lieutenant au 15e territorial, 2e Cie, Verdun.

Pillot, 8e section d'infirmiers, Gray (Haute-Saône).

Fédération dentaire nationale.

Le Comité exécutif de la Fédération dentaire nationale s'est réuni pendant le Congrès du Havre, le 29 juillet à 10 h. 1/4 du matin au lycée de jeunes filles où se tenaient les séances de la section d'odontologie, avec l'ordre du jour suivant : 1° Correspondance. 2° Procès-verbal. 3° Communications diverses.

Mariage.

Le 20 juillet a eu lieu le mariage de Mlle Thérèse Grimbert, fille de M. Grimbert, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, directeur technique de la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Octave Bailly, pharmacien de première classe, licencié ès-sciences physiques, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous adressons nos très vives félicitations à M. Grimbert et nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

A l'Académie de médecine.

Nous apprenons avec une très vive satisfaction que notre confrère M. R. Morche a reçu de l'Académie de médecine, une médaille d'argent pour son *Traité d'hygiène dentaire.*

Nous adressons toutes nos félicitations à M. Morche.

Errata au n° du 30 juillet 1914.

Page 74, 14e ligne. — Après le mot « cérébraux », ajouter : « *digestifs de Thoriss* ».

Page 75, 13e ligne. — Remplacer le paragraphe suivant la 12e ligne par ce qui suit : « Si la résorption alvéolaire est très grande, l'angle mandibulaire semble moins obtus que si la résorption alvéolaire est peu marquée. C'est à cette différence de résorption alvéolaire qu'est due l'impression qui vous fait dire que les deux angles mandibulaires ont un écart de 20 degrés. En fait il n'y a pas 5° d'écart. »

Page 76, 1re ligne. — Remplacer le 1er paragraphe par ce qui suit : « Je ne me base pas du tout sur les types de Thoriss ; je dis que les schémas qui accompagnent ces types semblent se rapprocher des figures que j'avais définies par rapport aux formes de l'arcade. »

Pages 76, ligne 31. — Après les mots « va conditionner » ajouter : « l'*inclinaison de la passe du condyle.* »

Souscription du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face.

La souscription ouverte par le Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face a déjà produit plus de 6.000 francs, dont 1.000 donnés par l'Ecole dentaire de Montréal.

Nous publierons prochainement la liste des souscripteurs.

Inauguration de l'Institut Evans.

L'inauguration de l'Institut Evans à l'Université de Philadelphie aura lieu les 22 et 23 février prochain par des fêtes qui dureront deux jours.

Notre directeur, M. Ch. Godon, a été invité à y représenter la Fédération dentaire nationale française.

DERNIÈRE HEURE

Un livre d'actualité.

Prothèse restauratrice bucco-faciale et traitement des fractures du maxillaire, par *P. Martinier et G. Lemerle.*

Nous recevons avec plaisir le livre que viennent de faire paraître MM. P. Martinier et G. Lemerle sur la prothèse restauratrice bucco-faciale et le traitement des fractures du maxillaire.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'opportunité, malheureusement trop grande dans les circonstances actuelles, de ce nouveau volume de la collection du *Manuel du chirurgien-dentiste* publié sous la direction de M. Ch. Godon, directeur de *L'Odontologie.*

Le temps nous manque pour analyser comme il conviendrait cet ouvrage, remarquable à tous égards; mais à un moment où tout dentiste doit être en état de donner sa collaboration au service sanitaire de l'armée pour les fractures du maxillaire et les mutilations de la face, c'est un devoir pour lui de méditer les excellents enseignements contenus dans ce livre, qui doit être dans toutes les mains et dont nous sommes heureux de féliciter très chaleureusement les auteurs.

Enfin !

Nous apprenons à la dernière heure qu'on s'occupe d'organiser un service dentaire pour les troupes en campagne en s'adressant aux chirurgiens-dentistes mobilisés.

Dans certains corps les chefs ont devancé ce projet et déjà quelques cabinets sont installés, ce qui complète l'organisation des services dentaires à l'armée avec les trois centres de stomatologie nouvellement créés à Paris, Lyon et Bordeaux.